Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

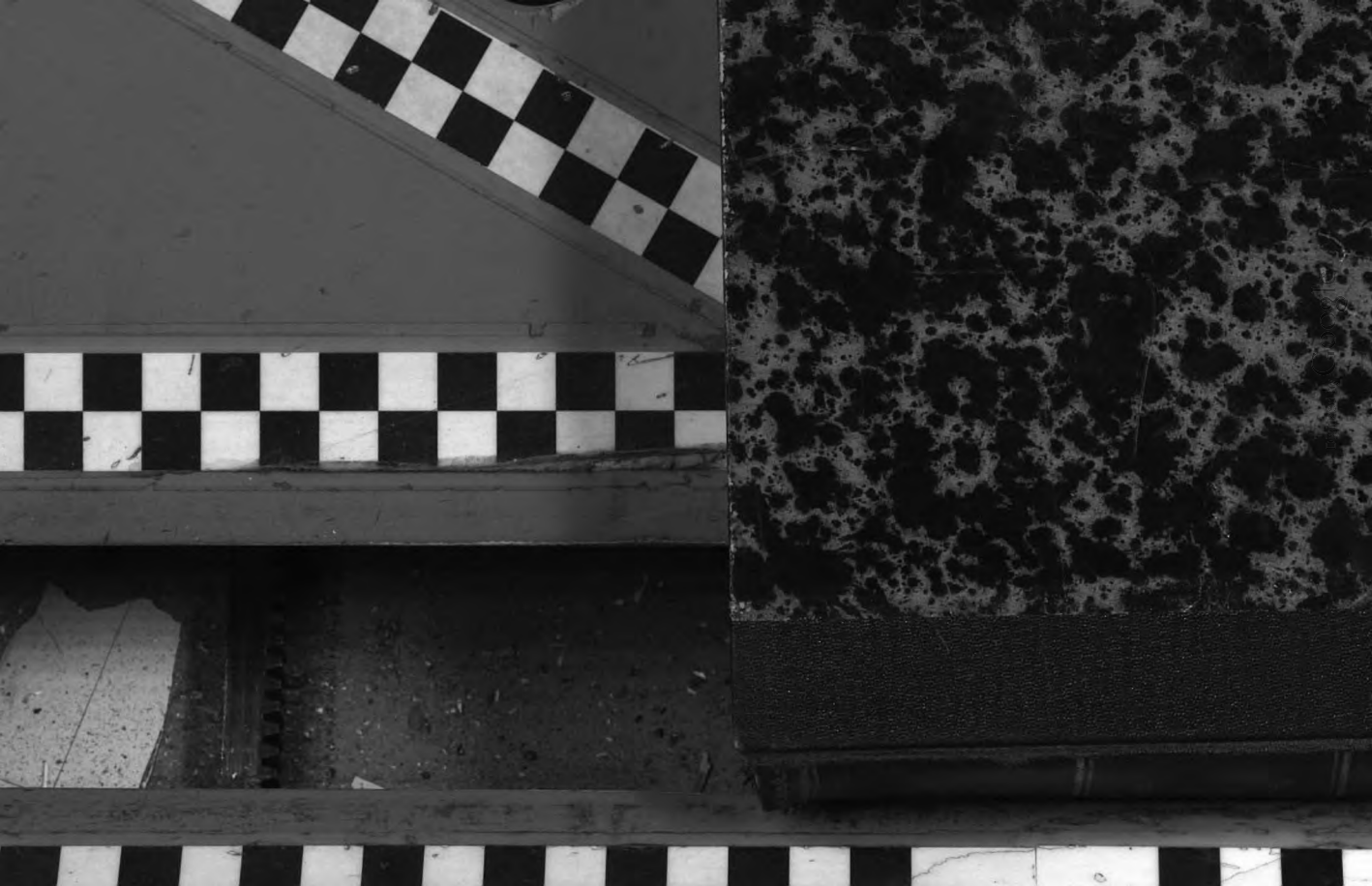
+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

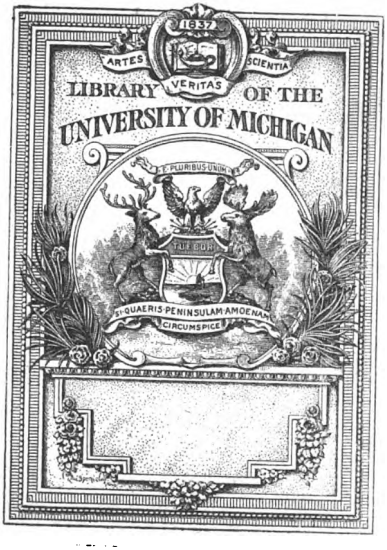
+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.





Digitized by Google

G10.5
M74
04

Digitized by Google

Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**

Dr. v. SCHRÖTTER
Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. WEBER-LIEL
Professor der Ohrenheilkunde in **Bonn.**

Fünfundzwanzigster Jahrgang.

BERLIN 1891.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N.
Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Digitized by Google

Digitized by Google

I. Sach-Register.

Abscesse, acute der Nasenscheidewand mit bleibender Nasendeformation 146.
—, über chronische, eingekapselte, in Folge einer acuten eitrigen Amygdalitis übrig gebliebene 207.
—, über kalte der Brustwandungen: Mediastinitis tuberculosa 290.
Abscess, retrolaryngealer mit Pneumococcen und folgender Pneumonie 346.
Abscesse, zwei Fälle von idiopathischen endolaryngealen 346.
Accomodations-Lähmung nach Rachen-Diphtherie 152.
Accumulatoren, die im Dienste der Laryngologie etc. 33.
—, die im Dienste der Medicin 213.
Adenoide Gewächse im Cavum nasopharyngeum, gewöhnlich postnasale Gewächse genannt 60.
— Vegetationen 145.
Amboscaries, über und Ambosextraction, ein Beitrag z. Aetiologie u. Therapie der chron. Mittelohreiterung 247.
Amygdalotomie und Blutung 207.
Anästheticis, Bemerkungen üb. die Verabreichung von in Fällen von Operationen in d. Nase u. d. Munde 118.
Aneurysma arterio-venosum der Carotis im Sinus cavernos. traumat. Ursprungs: Ligatur der Carotis communis 351.
— im Pharynx 180.
—, spontanes der Carotis interna 186.
—, über ein wenig bekanntes Symptom von des Aortenbogens 241.
—, Fall von spontanem der Arteria thyroidea inferior 211.
Angina, über herpetische und Mundrachenzona 207.
—, Ludwig'sche b. e. 6jähr. Kinde 179.
— pectoris, Tod bei 319.
— —, über durch Nicotin 318.
Angiom der Epiglottis 257.
Ankylosis, knöcherne d. Steigbügels 248.
Anosmie nach 40 Jahren geheilt 277.
Antipyrin, Darlegung d. localen anästhetischen Eigenschaften und über die Anwendung desselben bei gewissen Affectionen des Rachens und Kehlkopfs 349.
Aphasie mit Hemiplegie im Wochenbett. Heilung 291.
Aphonie, nervöse „a frigore" bei einem Kinde 91.
—, seit 4 Wochen bestehend, durch Suggestion während des hypnotischen Schlafes geheilt 209.
Aprosexia nasalis 176.
Apsithyria, über 89.
Aristol, ein neues Antisepticum 187. 249.
— bei Nasen- u. Halskrankheiten 314.
Asepsis bei intranasalen Operationen 312.
Asthma, ein Fall von mit Polypen und Hypertrophien, Operation etc. 178.
—, ein eigenthümlicher Fall von 185.
Atlas, microphotographischer der normalen und pathologischen Anatomie des Ohres 204.
Aufnahme, photographische des Kehlkopfes und der Mundhöhle 229.
Augenleiden in Folge von chronischer Rhinitis 339.

133579

Digitized by Google

Bacterie, eine neue, im Munde vorgefundene 102.
Bacterien, die bei der acuten u. chron. Coryza, sowie bei d. Ozaena u. deren Beziehungen zu d. genannten Krankheiten 174.
—, die des Cerumens 308.
Basedow'sche Krankheit, neue Symptome 128.
Beleuchtungsapparat, electrischer für Ohr, Nase, Nasenrachenraum etc. 118.
Bellhusten, Bemerkungen über den des Pubertätsalters 122.
Benzoyl-Guayacol als Ersatzmittel des Creosots, über 350.
Bericht über die Verhandlungen der otologischen Section des X. internat. medicin. Congresses zu Berlin 7. 37.
— über die an der k. k. Wiener Universitätsklinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Josef Gruber im J. 1889 ambulatorisch behandelten Kranken 21. 86. 111. 141.
— über 1000 aden. Vegetat. 115.
— über Verhandlungen in d. „Berl. med. Gesellschaft", betr. die operative Eröffnung des Warzenfortsatzes und die Perlgeschwulst im Schläfebein 25.
— über die im Etatsjahre 1888/89 in der Poliklinik für Ohrenkrankheiten zu Göttingen behandelten Krankheitsfälle 55.
— über die im Kalenderjahre 1890 in der Prof. Gottstein'schen Privatpoliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranheiten behandelten Krankheitsfälle 161. 189.
— über die Thätigkeit der Kgl. Univ.-Ohrenklinik zu Halle a. S. vom 1. April 1888 bis 31. März 1889 335.
— über die Verhandlungen d. Abtheil. für Ohrenheilkunde d. 64. Versamml. d. Gesellschaft deutscher Naturf. und Aerzte i. Halle a. S. 1891 253. 295. 329.
Berichtigung zu dem Aufsatz „Ueber Resection des Septum narium" 272.
Blutegel in der Regio subglottica, Extraction auf natürlichem Wege 158.
Blutung, gefahrdrohende nach Tonsillotomie 150.
—, gefährliche nach d. Amygdalotomie 231.
— nach Tonsillotomien nebst Beschreibung eines galvanocaustischen Tonsillotoms 151.
Borsäure gegen grüne Sputa 351.
—, über die therapeutische Verwerthung der nebst Mittheilungen üb. e. neues Borpräparat 336.
Branchialfisteln, über 95.

Caries des Schläfebeins, casuistische Beiträge zur operativen Behandlung der 55.
— der Wandungen des Sinus sphenoidalis 278.
Cavum pharyngeum, ein Beitrag zu den Verletzungen des 28.
Celluloid-Ohrtrichter, ein 246.
Choanen, eigenthümlicher, angeborener Verschluss der 147.
Choc der Glottis 315.
Cholesteatom des Mittelohres, neuer Beitrag zur Lehre von der Entstehung des 201.
Chorea laryngis, primäre corticalen Ursprungs 347.
Cocaïn-Intoxiation, die Verhütung der 95.
Complicationen in der Mundhöhle bei Typhus, Beitrag der 279.
—, aussergewöhnliche der Tracheotomie bei Greisen 281.
—, seltene eines pleuritischen Exsudates, Pleuro-Oesophagealfistel 290.
Compression, elastische der Glandula thyroidea in der Basedow'schen Krankheit 286.
Corticalcentrum, über das laryngeale und über den intracraniellen Verlauf der von ihm entstammenden Fasern 232.
—, über das motorische laryngeale und über die von diesem im Gehirne verlaufenden Fasern 291.
—, über das laryngeale 291.
Coryza, käsige 147.
Croup, laryngologisches Bild bei 152.
Cystenkropf, über die Behandlung des, der Ranula und anderer Cysten mit Chromsäure 180.
Cyste, folliculäre des Unterkiefers, einen Weisheitszahn enthaltend 279.
Cysten der Nase 339.

Deformitäten des Gesichts und des Thorax in Folge von Obstructionen durch adenoide Vegetationen 146.

Digitized by Google

Deformitäten der Nase. Ausgleichung eckiger durch ein subcutanes Operations-Verfahren 338.
Demonstrationsmethoden der Larynxbewegungen 280.
Dermoidcyste am Halse 286.
Dermoidcysten (later. Cysten). Diagnose und Behandlung der des Bodens der Mundhöhle 340.
Dilatator, 2blättriger, permanenter der Trachea 182.
Diphtherie, allgemeine, ein seltener Fall von 151.
Diphtherie-Epidemie 151.
Diphtheritische Lähmung der Respirations-Muskeln, besonders des Zwerchfelles. Genesung 126.
Druck auf den Hals bei Bulbärkrisen der Dyspepsie 286.
Drüsen-Anschwellung an der Zungenbasis. Zungentonsille. Bericht eines Falles 61.
Drüsen, käsig entartete, in den Oesophagus durchgebrochen 186.
Drüsentumor der Zunge 230.
Dysphonie, chronische nervöse 92.
Dyspnoe, über eine eigentliche Ursache von, in einem Falle von subglottischem Epithelioma 320.

Einfluss des Geschlechtes auf überwiegendes Erkranken des rechten oder linken Ohres 224.
Einschnitte, über die ergiebigen rings um die Glandula thyroidea bei Krebs derselben 185.
Einspritzungen. Möglichkeit der in die Trachea beim Menschen, behufs Einführung von Medicamenten 156.
Eiterung, über die acute und Entzündung in den Zellen des Warzenfortsatzes und ihre Heilung durch Ausmeisselung der Zellen ohne Eröffnung des Antrum mastoideum 310.
Empyem des Antrum Highmori 27.
— des Sinus maxillare. Nachbehandlung des mit Oeffnung in den Mund. sehr einfaches Auswaschen dieser Höhle 206.
— des Sinus maxillaris, locale Behandlung des 317.
— der Highmorshöhle, ein Fall von, bedingt d. Erysipel-Streptococcen 339.
Enchondrom der Parotis 279.
Endigung, über die des Nervus cochlea im Corti'schen Organ mit Demonstration von Präparaten 308.
Entfernung, erfolgreiche einer Encephalocele 158.
— einer Nadel aus der Trachea auf natürlichem Wege 258.
Entstehen einer tuberculösen scrophulösen Gumma nach Perforation des Ohrläppchens 173.
Entzündung, acute der Articulatio cricoarytaenoidea 280.
—, chronische circumscripte und Polyp des äussern Gehörgangs als Druckerscheinung in Folge eines Cerumenpfropfes 199.
—, über eitrige des die Mandeln umgebenden Bindegewebes 230.
Epidemie von Selbstmord durch Erhängen, eine 351.
Epithelialsarcom d. Nasenhöhlen. Uebergreifen auf die Stirnbeinhöhlen, latenter Abscess des Gehirnes, plötzlicher Tod. Section 338.
Epithelioma an den Zahnwurzeln, alle Symptome eines Osteosarcoms darbietend. Resection des Unterkiefers. Heilung 60.
—, secundäres der Submaxillar-Drüsen 159.
Erfahrungen auf dem Gebiete der Rhinologie und Laryngol., klinische 337.
Erkrankungen, über die der oberen Luftwege im Gefolge von Influenza 259.
Eröffnung, operative des Warzenfortsatzes 202.
—, spontane einer Zungencyste 279.
Erwiderung auf die Bemerkungen des Herrn Grünwald zu meinem Aufsatze: „Heilung eines grossen »typischen« Nasenrachenpolypen" 217.
—, zur des Herrn Hausberg 274.
Erysipel, primäres des Pharynx und des Larynx 119.
Erythema eczematosum in Folge der Verwendung von Salol zu Verbänden 350.
Erythem, scharlachähnliches u. Pharynxerythem 315.
Exophthalmie nach Entfernung von Nasenpolypen 253.
Exostosenbildung, multiple, ein Fall von am Schädel mit halbseitiger Gesichtsatrophie 261.
Exstirpation der Zunge, des weichen Gaumens etc. 120.
Extraction zweier Röhren, welche sich von der Canüle losgelöst hatten und in die Trachea gefallen waren 258.

Digitized by Google

Fibroma molle auriculae 88.
Fibrome des Nasenrachenraumes: ihre erfolgreiche Behandlung durch neue Methoden 177.
Fractur der Cartilago thyroidea 316.
Französische Gesellschaft für Otologie und Laryngologie. Jährliche Sitzung am 4. und 5. Mai 1891 255.
Fremdkörper, Entfernen eines aus dem Larynx 209.
—, Entfernung von aus d. Nase 59. 148.
— im Larynx 236. 258. 285.
— im Ohre 144.
— in den Bronchien 348.
— in den Luftwegen 347.
— in den Nasenhöhlen 253.
— in der Speiseröhre 211.
— in der Trachea 157. 187.
—, operative Entfernung e. durch misslungene Extractionsversuche in die Trommelhöhle gerathenen 129.
—, partielle Verstopfung d. Bronchien durch 288.
—, über die im Ohre 203.
—, über operative Entfernung von aus der Paukenhöhle mit Ausschälung d. den knöchernen Gehörgang auskleikenden Weichtheile u. Abmeisselung des Margo tympanicus 251.
— 24 Jahre in der Nase 313.
—, z. Casuistik der im Kehlkopfe 317.
—, z. Diagnostik d. in d. Bronchien 320.
—, z. Lehre d. d. obersten Luftwege 288.

Galvanocauterisation, ein Fall von der mittl. Muschel, gefolgt von Meningitis 176.
Gastrotomie, 2 Fälle von wegen Verschluss der Speiseröhre 159.
— wegen Entfernung einer Gabel 322.
Gaumentumor, ein Fall von, Operation, Bemerkungen 120.
Gefrierdurchschnitte zur Anatomie der Nasenhöhle 255.
Gehirnabscess, vermuthetes, Influenza, Diabetes, Otitis media purulenta, einseitige Epilepsie, Operat. wegen 57.
Gehörorgan, über das Verhalten des bei Tabes 56.
—, üb. die Erkrankungen d. bei Tabes dorsalis 25.
Gehörsstörungen des Betriebspersonals der Eisenbahnen, über mit Bezug auf die Sicherheit des reisenden Publikums 293. 325.
Geschwülste, bösartige, über Diagnose und Behandlung d. Nasenhöhlen 228.
Geschwüre, Beitrag zum Studium combinirter syphilitischer und tuberculöser im Kehlkopfe 346.
Gewicht, das der menschl. Gehörknöchelchen 65.
Glühlampe, die und das Einschalten des Widerstandes bei Benutzung d. Accumulatoren 301.
Gummata der Nasenhöhlen 229.

Haematom, traumatisches mit Abscessbildung in der Nasenscheidewand 254.
Halsgicht 343.
—, über 158.
Halstumor, lufthaltiger 231.
Hasenscharte, Pathogenese der 207.
Heilmittel, über den therapeut. Werth einiger neuer, in die ohrenärztliche Praxis eingeführter 197.
Hemiglossitis phlegmonosa, e. Fall von 149.
Herpes gutturalis, z. Casuistik d. 120.
Heufieber, die Pathologie des 89.
Highmorshöhlenempyeme, zur Casuistik der 252.
Hirnabscesse, otitische, statist. Beiträge zur Kenntniss der 25.
—, über otitische 333.
Hundeblut, Einspritzen von in die Trachea 349.
Hyperostose, über des vor der Maxilla gelegenen Theiles der Nasenscheidewand 59.
Hyperplasie der Thymus, plötzlicher Tod durch während d. Tracheotomie 122.
Hypertrophie der Zungentonsille, 2 Fälle von, von denen der eine ernste Symptome zeigte 91.

Idiosyncrasie, e. seltener Fall von gegen Tannin bei äusserl. Gebrauch 119.
Infection, seltene des Labyrinthes, wahrscheinlich durch den Scharlach des Kindes entstanden 309.
Influenza, complicirt mit eiternder Parotitis, Oedema glottidis, Tracheotomie, Heilung 179.
Innervation des Musculus cricothyroideus 233.
Instrument, ein z. Operation subglottischer Tumoren 180.

Digitized by Google

Intubation 155.
— des Kehlkopfes in einem Falle von Diphtherie 95.
— des Kehlkopfes. Werth der in Verbindung mit anderen Operationen 181.

Jahresversammlung der belgischen Laryngologen und Otologen in Brüssel 1890 90.
Jodtrichlorid. die Anwendung des bei Ohreneiterungen mittelst einer neuen aseptischen Spritze 250.

Kehldeckelheber. ein neuer 156.
Kehlkopfentzündung mit Ausgang in Abscessbildung nach Influenza 121.
Kehlkopffractur. ein Fall von mit günstigem Ausgang 259.
Kehlkopfgeschwür mit Emphysem unter der Halshaut 155.
Kehlkopfhusten. nervöser bei e. 11jähr. Jungen 268.
Kehlkopf. Intubation des 121.
Kehlkopflähmungen. experim. Untersuchungen zur Lehre der 139. 195.
Kehlkopfmicrometer. ein neues 259.
Kehlkopftuberculose. d. Behandl. d. 30.
—. Untersuchungen üb. die Aetiologie der 92.
Kehlkopf- u. Bronchialbehandlung. eine neue Art von mittelst eines Spray und einer Röhre während tiefen Einathmens 155.
Kehlkopf. z. Frage der Localisation des an der Grosshirnrinde 118.
Keuchhusten. Croup. Tracheotomie. Verschlimmerung des Keuchhustens. Heilung 95.
—. üb. d. Behandlung des mit Einblasen antiseptischer Pulver in die Nasenhöhle 177.
Klinisches über die Innervation u. den Muskelmechanismus des Kehlkopfes 233.
Koch'sches Verfahren. über die Einwirkung d. auf die Mittelfractionen 224.
Kohlensäure, Anwendung d. bei Larynx- und Lungenleiden 285.
Kornkern in der Lunge. Tracheotomie. Heilung 186.
Krebs, üb. der Glandula thyroidea 182.
Krisen, bulbäre der diphtherischen Lähmungen bei Kindern 180.
Kropf. Behandlung des durch theilweise Ausschneidung mit 4 Fällen 257.
Kugeln. hyaline. üb. das Vorkommen d. sog. im Gewebe d. Schleimpolypen d. Nase etc. nebst Bemerkungen üb. die hyalinen Körper d. Rhinoscleroms 134.

Laryngeale Symptome der späten hereditären Syphilis 322.
Laryngealictus, ein Fall von 315.
Laryngectomie. partielle. ein Fall von wegen Carcinoms des Larynx 94.
Laryngitis. acute nach Verschlucken heisser Torte. Intubation. Heilung. 343.
— chronica. Studie über die Laryngitis pachydermica; chirurgische und medicamentöse Behandlung 344.
—. congenitale polypöse 234.
— haemorrhagica 68.
— — und Influenza 153. 286.
— tuberculosa. über die scleröse und wuchernde 153.
—. über die Behandlung der chronischen 208.
Laryngologische Mittheilungen 232.
Laryngoscopische Selbstbehandlung 234.
Laryngotomia intercricothyroidea 235.
Laryngotrachealfractur - Verwachsung der Stimmbänder. Ueberzählige Glottis 282.
Laryngotyphus 347.
Larynx. Connexion des mit dem motorischen Nervensystem 125.
Larynxblutungen, catameniale 282.
Larynxcarcinom. Tracheotomie. Propagation auf das Corpus thyroideum. Ungeheurer Tumor am Halse in der Umgebung der Canüle. Anlegen einer langen, an ihrer untern Hälfte beweglichen Canüle. Tod. Necroscopie 319.
—, theilweise Larynxexstirpation 232.
— 236.
Larynxcrisen bei Tabetikern 316.
Larynxepithelioma, partielle Larynxresection 210.
Larynxerysipel, Tubage, Laryngotomie 318.
Larynx - Exstirpation ohne vorherige Tracheotomie 183.
—, totale wegen Epithelioma 235.
Larynxfractur, glücklicher Ausgang einer 156.

Digitized by Google

Larynxlähmung, einseitige, ihre diagnostische Bedeutung 92.
Larynxmucosa, über die diffuse fibrinöse Hypertrophie der. Ueber die Natur der bei den Phthisikern beobachteten praearytenoidalen Wucherungen 345.
Larynxödem, acutes, gutartiges, infectiöses 345.
— nach Jodkaliumgebrauch 234.
—, primäres 287.
Larynxphthise, kann bei ders. durch endolaryngeale chirurgische Behandlung eine radicale Ausheilung des Kehlkopfes erlangt werden? 61.
— und Larynxsyphilis, Beitrag zur Lehre der combinirten 92.
—, Behandlung der mittelst Resorcin 153.
Larynxpolyp, ein wallnussgrosser; Entfernung 318.
Larynxstenose, zwei Fälle von: Tracheotomie, Trennung (der Adhäsionen), Heilung 154.
— nach Perichondritis, nach Typhus 287.
Larynxsutur 183.
Larynx-Tuberculose, Beitrag zur Lehre von der Heilbarkeit der, mittelst chirurgischer Behandlung 123.
Larynxtumoren, polypöse und papillare 287.
Lipoma sublinguale 340.
Localtherapie, die bei der Larynxphthise 257.
Löffel, electrische scharfe zur Operation der adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes 253.
Lungenemphysem durch Verschluss der Nasengänge 177.
Lupus der oberen Luftwege bei intacter Haut 347.
— des Mundes, Schlundes und Kehlkopfes 256.
—, primärer im Pharynx 343.

Macroglossie bei e. 6jähr. Kinde 278.
Mandel, Oeffnung am rechten vorderen Gaumenbogen mit linksseitiger überzähliger 342.
Mandelcarcinom, primäres, Pharyngectomia externa, Heilung 231.
Massage, die in der Behandlung acuter Catarrhe der Halsorgane 123.
Mastoiditis, doppelseitige im Gefolge von eitriger Mittelohrentzündung, Operation, Heilung 252.
Medicamente, die im letzten Jahrzehnt zur Inhalation empfohlen 236.
Melanosarcome der Nase 59.
Melonenkern im rechten Bronchus, Operation, Heilung 259.
Meningitis, Aetzen der mittleren Nasenmuschel mit folgender, tödtlich verlaufender 312.
Metall-Corrosionspräparate des Labyrinthes 203.
Methode, neue, einige Nasenleiden zu behandeln 177.
— agglutinative, Beitrag zur behufs Entfernung von Glasperlen aus dem Ohre 252.
Microben, Rolle der bei der Entwicklung und der spontanen Entfernung von drei grossen supraglottischen Polypen 235.
Micrographophon, wie giebt dasselbe Halskrankheiten wieder? 187.
Missbrauch, über den des Politzer'schen Verfahrens bei der Behandlung von Ohrenkrankheiten 310.
Mittel, schnelles und sicheres, die Epiglottis in die Höhe zu heben 280.
Mittelohr-Eiterungen, zur bacteriellen Diagnostik und Prognostik der 145.
Mittelohr-Eiterung, chronische Behandlung der durch Excision der cariösen Gehörknöchelchen, Bericht über drei Fälle 251.
Mittelohr-Entzündungen, eitrige, über den Verlauf bei Tuberculösen unter der Behandlung mit Tuberculin 172.
—, über nach Nasenschlunddouche 173.
Mittelohr-Entzündung, zur Behandlung der chronischen, eitrigen mit Durchlöcherung der Shrapnell'schen Membran 277.
Mittelohrleiden, sclerotischer Beitrag zur Behandlung des 225.
Mittheilungen, casuistische 334.
— und Discussionen über die in den Dresdener Krankenanstalten bei Anwendung des Koch'schen Verfahrens gemachten Beobachtungen 283.
Modification, eine zweckmässige des Larynxgalvanocauters 257.
Morbus Basedowi 285.
— Oedema glottidis in Folge eines Gumma der Cartilago cricoidea. Tod 184.
—, zwei Fälle von 210.

Digitized by Google

Morgagni'sche Taschen. Verfall der Schleimhaut derselben, Beitrag zur Kenntniss der Aetiologie, Diagnose und Therapie 15. 50. 80.
Mund- und Kehlkopfspiegel, ein neuer 229.
Muschel, mittlere, über Cysten und Abscesse der 254.
Musculus aryarytänoideus, Lähmungen des 289.
Mutismus, simulirter 278.
Myxoedem mit Erfolg behandelt durch hypodermatische Inoculation einer Schafsthyroidea 350.
Myxosarcomen der Parotis mit pharyngealem Auswuchs 341.

Nase, über Diagnose und Behandlung der Krankheiten der accessorischen Höhlen der 229.
Nasenbluten, das oft wiederkehrende zu bekämpfen, einfache Methode 226.
Nasendiphtheritis schwer bei Kindern zu erkennen 313.
Nasenhöhlen, Anatomie der 57.
Nasenleiden, spirometrische Untersuchungen bei 227.
Nasenmuschel, mittlere cystopneumatische Degeneration der 58.
—, über cystopneumatische Entartung der mittleren 226.
Nasenpolyp, ein lufthaltiger 59.
Nasenpolypen, über Radicalbehandlungen der 116.
Nasenpolyp, ein ungewöhnlicher Fall von 255.
Nasenrachenpolyp. Heilung eines grossen „typischen" 46. 75.
Nasenrachenraum, über die Wichtigkeit der chirurgischen Behandlung des bei Catarrh desselben und des Mittelohres 146.
Nasenrachensarcom, Bemerkungen zur Behandlung des juvenilen 171.
Nasenscheidewand, Perforation der bei den Cementarbeitern 147.
—, über Verbiegungen der 116.
Nasenstein, ein 26.
—, ein Fall von 58.
Nasensteine, zwei Fälle von mit Bemerkungen über deren Aetiologie 147.
Nasenstein und Nasenzähne 229.
Nasensteine, doppelseitige, ein Fall von 196.
Nasopharyngealpolyp, prophylactische Tracheotomie 228.
Nebenhöhlen der Nase, Diagnose und Therapie der Krankheiten der 229.
Nervenversorgung, die des Geschmackssinnes 148.
Nervi recurrentes, Physiologie der 184.
Nervus olfactorius, Anatomie, Physiologie und Pathologie des 226.
Neubildung, polypoide der Trachea 157.
Neuralgie, paludische der Zunge mit Geschwürsbildung 206.
Neurose, eine seltene Form von, der Zunge und des Mundes 230.
Neurosen, seltenere und Reflexneurosen des Ohres, der Nase und des Rachens 242.
Neuritis des Recurrens durch Druck. Phonationslähmung der Stimmbänder 289.

Oesophagismus, Studien über den Ursprung des 321.
Oesophagotomie, Nachricht über einen günstigen Fall von zur Entfernung einer Zahnplatte, welche 5 Jahre eingekeilt war 185.
— externa, 2 Fälle von wegen Fremdkörper 290.
Oesophaguscarcinom, Gastrotomie bei 127.
—, Werth der Gastrotomie bei 127.
Oesophagusgeschwüre, einfache 321.
Oesophagusgeschwür, einfaches, Perforation in die Trachea 321.
Oesophaguskrämpfe, durch Hypertrophie der vierten Mandel hervorgerufen 260.
Ohrenerkrankungen bei Diabetikern 200.
Ohrengeräusche, über subjective bei der Otitis interna 199.
Ohrenheilkunde, Vorlesungen über 205.
Operationsmethode der adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes 175.
Osteom des Stirnsinus, ein Fall von 61.
Ostitis, primäre, diabetische, ein Fall von des Warzenfortsatzes nebst Bemerkungen über den Einfluss grösserer Operationen auf den Verlauf des Diabetes 201.
Otitis externa haemorrhagica bullosa 248.
Ozaena, Behandlung der mittelst Höllensteinzerstäubungen 312.

Digitized by Google

Pachydermia laryngis, über und namentlich des aryepiglottischen Raumes 344.
— —, über 257. 344.
— —, zur Frage der 119.
Papillome des Kehlkopfes, ein Fall 182.
—, über in den oberen Luftwegen 123.
Papillom, grosses am hinteren Ende d. linken unteren Nasenmuschel 253.
Parosmien, Fälle von 69.
Pathologie, ein Beitrag z. d. laryngealen und anderen Krisen bei der Tabes dorsalis 181.
Pathogenese, Beitrag zur Lehre von der des Morbus Basedowi 184.
Patrzek, Dr. Franz, Nachruf 323.
Perforationen in der Membrana flaccida Shrapnelli, Beiträge zur Frage von den mit Bemerkungen über die Bildung des Cholesteatoms 143.
Periostitis, idiopath. acute des äusseren Gehörgangs 203.
Pharyngitis fibrinosa chronica, Fall von 410.
Pharyngitis fibrinosa, Fall von zweijährigem Bestehen einer 343.
Pharynxcysten 208.
Pharynxnasaltumoren, aden., üb. einige Complicationen d. Operation der 26.
Pharynxtonsille, eine einfache und wirksame Methode zur Anästhesirung der 150.
Phlebitis nach Amygdalitis follicularis 342.
Phlegmone nach Influenza, parapharyngealer tiefer Abscess 280.
Physiologie, z. der lufthaltigen Räume des Schädels 115.
Pneumococcus der Amygdalitis follicularis 179.
Polyp, fibröser der Luftröhre 185.
Psoriasis der Zunge 149.
Pusteln, ein Fall von, welche die Haut, die Mundhöhle, den Pharynx, d. Nase und den Larynx befallen 205.
Pyoctanin gegen tubercul. Ulcerationen im Kehlkopf und in der Nase 121.
— in der Ohrenheilkunde 203.
—, über bei Stirnhöhleneiterung 311.

Rachenkrebs, Pharyngotomia subhyoidea. Tod nach 9 Monaten ohne Recidive 230.
Rachenmandel, zur Operation d. hypertrophischen 120.
Reactionserscheinungen, die nach Operationen der Nase 27.
—, über nach Operationen der Nase 116.
Reflexasthma in Folge von Nasen- und Unterleibsleiden 254.
Reflexe und namentlich Halsreflexe nach Uteroovarialoperationen 318.
Reflexleiden von der Nasenmucosa ausgehend etc. 147.
Retropharyngeal-Abscess, idiopathischer, sollen wir von innen oder von aussen öffnen? 60.
—, 2 Fälle v. Einschneiden mit asphyctischen Symptomen 316.
Resection, üb. des Septum narium 237.
Respirationshinderniss, Tracheotomie, Heilung 258.
Rhinitis acuta, über pathologisch-anatomische, spec. Influenza-Rhinitis 106.
— fibrinosa 27.
— pseudomembranacea, über Rhinitis fibrinosa crouposa 58.
Rhinosclerom, zur Casuistik des 59.
Rouge's Operation zur Entfernung eines Nasen-Sequesters 313.
Ruptur der Trachea mit Sternal- und Rippenfractur 258.

Salol bei Tonsillitis und Pharyngitis acuta 151.
Sarcom, ein Fall von subparotischem und retropharyngealem, Operation, Heilung 256.
Schanker, syphilitischer der Nasenscheidewand 313.
Schiefstand d. Nasenscheidewand durch ein Trauma geheilt 175.
Schläfenlappenabscess, ein Fall von geheiltem 334.
Schreckneurose, ein Fall von mit Gehörsanomalien 249.
Schusswunden des Larynx und der Trachea 183.
Schwangerschaft, Einfluss der auf gewisse Arten v. Laryngitis sicca 287.
Schwindel, unbekannte Form von, durch Reiz des Halsvagus hervorgerufen 158.
Schwingungsmodus, über den der Membranen und üb. die Rolle des Musculus thyreo-arytaenoideus 209.

Digitized by Google

Sinus frontalis, 5 Fälle von Krankheiten des 178.
Sinusthrombose, zur Geschichte der operativen Behandlung der in Folge von Otitis media 276.
Société française d'otologie et de laryngologie, séance annuelle du 23 et 24 Mai 1890 88.
Speiseröhre, Verlegung der durch ein Divertikel. Gastrotomie. Tod nach 6 Jahren 159.
Spiel-Ballon, ein in der Trachea 347.
Stecknadel 3 Monate im rechten Bronchus, mit Erfolg entfernt 291.
Stellung der Stimmbänder beim ruhigen Athmen beim Menschen und üb. den Reflextonus ihrer Abductormuskeln 28.
Stimmbandgeschwüre nach d. Influenza 232.
Stimmgabel u. Stimmgabelversuche 197.
Stimmritzenkrampf, zur Behandlung des 120.
Stomatitis, über aphtöse infectiöse 149.
Stottern, hysterisches 178.
Strictur, unüberwindliche, narbige am unteren Ende d. Oesophagus. Gastrotomie 186.
Studien, acustisch-physiologische, verwerthet für die practische Ohrenheilkunde 308.
Struma, Behandl. des mit Einspritzungen von Jodtinctur 182.
—, substernaler, ein Fall von 159.
Stummsein, hysterisches und hyster. Stottern 207.
— —, ein Fall von. Heilung durch Suggestion während d. Hypnose 178.
Symptom, ein frühzeitiges vom Keuchhusten 278.
Syphilis der Tonsillae pharyngea und praepiglottica, Beitrag zur Lehre der 341.
Syphilis, hereditäre des Larynx 346.

Tabes dorsalis, Studie über, in Bezug auf die Symptome des Gehörorgans und des Larynx 186.
Therapie der Nasen-, Rachen- u. Kehlkopfkrankheiten, Beiträge zur 337.
Thrombose, ein Fall von autochthoner der linken Carotis 210.
Thyroiditis, ein Fall von im Verlaufe von Memps 182.
Tic douloureux, in Folge einer Exostosis des Septum narium 148.
Tic douloureux als Folge einer Exostosis der Nasenscheidewand 312.
Trachea, Verstopfung der durch eine verkäste Lymphdrüse 288.
Tracheo- u. Broncho-Stenose, zur Pathologie der 31.
Tracheotomie, Beitrag zur Lehre der Todesursache während der Operation 158.
— über den Werth der bei Croup 152.
Trachealtumoren 127. 287.
Treatise on a disease of the nose et throat 314.
Trepanation, ein Fall von wegen Paralyse der Sprache in Folge einer Verletzung 91.
—, die Erfolge der bei dem otitischen Hirnabscess 220.
Tod, plötzlicher während eines asthmatischen Anfalles 289.
Trockenbehandlung der Nase und ihrer Nebenhöhlen 26.
Trommelfell, über Regeneration und Narbenbildung des 25.
Tuberculom, intralinguales 341.
Tuberculose der Nasenhöhlen 283.
—, primäre des Mundes 229.
—, über der Nasenschleimhaut 228.
Tumor, grosser papillärer am hinteren Ende d. linken unteren Nasenmuschel 339.
Tumoren, Beitrag zur Pathogenese der in e. Falle von Tenotomie d. Pharynx, einem Hautpolypen ähnelnd 179.
—, chirurgische Behandlung d. kleinen, am freien Rande d. Stimmbänder flach aufsitzenden mittelst einer speciellen Cürette 154.
—, maligne der Schilddrüse, zur Diagnose der 155.

Uebertragung von Diphtheritis d. Vögel auf den Menschen 282.
Unbeweglichkeit, bleibende des rechten Stimmbandes nach vollständ. Heilung der halbseitigen Lähmung 349.
—, fortschreitende eines Stimmbandes, ihre Bedeutung für die Diagnose 349.
Untersuchungen üb. Wachsthumsstörungen u. Missgestaltung des Oberkiefers und des Nasengerüstes in Folge von Behinderung d. Nasenathmung 173.
Uranoplastie, Vorzüge der Operation der in zwei Sitzungen 343.
Urticaris des Schlundes 339.

Digitized by Google

Varices, venöse des Oesophagus bei Potatoren 289.
Vegetationen, über das operative Vorgehen bei Beseitigung adenoider im Rachen 344.
Verengerung, üb. die der Luftröhre und des Kehlkopfes, welche bisweilen dem Gebrauche von Tracheotomieröhren folgen etc. 93.
Verfahren, manuelles bei der Tracheotomie bei Erwachsenen 282.
Verhältniss, das der Ohrenheilkunde zu den anderen Zweigen d. medicinischen Wissenschaften 226.
Voltolini'sches Nasenspeculum, über ein Befestigungsinstrument für das 118.

Zähne, nicht erkannte falsche während 22 Mon. im Larynx eingekeilt 348.
Zerquetschung des Gesichtes, Larynxfractur 183.
Zerstörung der Geschmacksempfindung, Bemerkungen über die nach Amputation der Zunge 149.
Zunge, schwarze, Beitrag z. Entstehung der 206.
—, tuberculöses Geschwür und Psoriasis an der 315.
Zungenangiom, Exstirpation, Heilung 340.
Zungenbändchengeschwür unabhängig vom Keuchhusten 278.
Zungenkrampf, ein Fall von idiopathischem 340.
Zungentumor bei einem 8jährigen Kinde 206.
Zungentumoren, Bemerkungen über die Exstirpation von 341.
Zweitheilung im vorderen Theil der mittleren Muschel, ein Fall von 68.

Digitized by Google

II. Namen-Register.

Aayer 254.
Abate 315. 347.
Abbe 57.
Ackermann 259.
d'Aguanno 277.
Albrechts 155.
Allen Harrison 57. 59.
Angelo 254.
Anton 88.
d'Ardennes 286.
Argumosa 157.
Aronson 28.
Audubert 205.

Baden 58.
Baginsky 334.
Barbier 282.
Barletta 177.
Barling 256.
Ballet 178.
Basdin 206.
Baumgarten 242. 309.
Bays 95.
Bennet 258.
Berkart 89.
Bernhardt 230.
Bettencourt 350.
Bezold 144. 251.
Bidwell 185.
Bienfait 184.
Bing 203. 205.
Bistricki 65.
Bitot 207.
Bleyer 155. 156. 181. 187.
Blitz 339.
Bloebaum 246.
Boinet 235.
Böke 201. 226.
Bokai 60.
Bosworth 314.
Bothey 156. 286. 318.
Bourdel 315.
Boyd Stanley 61.
Boylan 91. 150.
Boza 280.
Braun 220.
Brébion 344.
Bresgen 26.
Bride 229.
Brieger 224.
Brissaud 92.
Bronner 317.
Brook 93.
Brousses 211.
Brown 348. 349.
Brown R. Moreau 27.
Brulant 211.
Bryant 288.
Brückner 55. 310.
Butlin 230.

Capart 236. 285.
Cardarelli 158.
Carralero 179.
Cartaz 26. 322. 350.
Casselberg 146.
Catrin 278.
Cervello 177.
Champonnière 318.
Champin a wright 27.
Chapotat 183.
Charazac 138. 235.
Charcot 128.
Chénieux 228.
Chiari 147. 344.
Cholewa 237. 272.
Cholmeley 178.
Claiborn 342.
Clark 122.
Clarke 210.
Clementi 186.
Cohen 122.
Colles 251.
Combemale 289. 351.
Comby 278.
Compaired 282.
Coupard 349.
Cramer 123.
Cravanis 321.

Dabney 346.
Dana 226.
Delassus 127.
Dennert 308.
Dennetières 184.
Desvernine Galdos 234. 282.
Diberder 206.
Dionisio 177.
Dodd 59.
Dor 232. 291.
Dubar 342.
Dubois 158.
Durand 157.
Durante 338.

Egidi 182.
Eitelberg 199.
Engel 236.

Digitized by Google

Ferguson 148.
Ficans 158.
Flatau 118.
Flesch 120.
Fleury 206.
Folet 340.
Foulerton 147.
Fowler 231.
Fränkel 92. 255. 259.
Freudenthal 213.
Freund 249.
Fuller 231.
Furner 185.

Gabbi 179.
Gallardo 279.
Garel 345.
Gaston 319.
Gazell 207. 232. 291. 315.
Gieson 181.
Gilliam 148.
Gillian 312.
Glasgow 347.
Gleitsmann 229.
Glover 282.
Glower 153.
Gluck 95. 334.
Gonda 151.
Goris 90.
Gougenheim 146. 153. 319.
Gradenigo 199.
Gradle 120.
Grellet-Bosviel 279.
Griffin 116.
Gross 278.
Gruber 129. 277.
Grünwald 171. 274.
Guthrie 180.

Habermann 201.
Hahn 228.
Hajek 174.
Hansberg 46. 75. 217.
Hartmann 229. 252.
Heermann 257.
Heryng 61.
Hessler 310.
Hewitt 118.
Hinrichs 258.
Hirtz 249.
Hobbs 229.
Holt 313.
Hooper 280.
Horsley 126. 291.
Huber 121.
Hubert 209.
Huchard 318. 319.
Huquin 278.
Hulke 178.

Jacobson 25.
Jacoby 55.
Jaenicke 336.
Jansen 333.
Joal 227. 260. 321.
Jones 91.
Josserand 346.

Kahn 120.
Kalt 351.
Karlinski 317.
Katz 204. 248. 308.
Katzenstein 311.
Kayser 161, 189. 249.
Kessel 203.
Kiesselbach 1. 97.
Kirmisson 159.
Knight 149. 313.
Koch 127. 287.
Kocsis 152.
Koeberle 287.
Kone 343.
Körner 23. 173. 201.
Kostanecki 65.
Krakauer 261.
Krause 118.
Kuhn 200.
Kuttner 119.

Labbé 209.
Lacoarret 280.
Ladrière 351.
Lamann 33. 70. 301.
Landgraf 31. 232.
Lange 119.
Lamy 285.
Lamallerée 283.
Laquer 230.
Laverau 339.
Lavrand 320.
Le Bec 12.
Le Dentu 279.
Lemaistre 230.
Le Noir 232.
Letulle 289. 290.
Lévi 183.
Lichtenberg 293. 325.
Liegey 351.
Linarez 187.
Linkenfeld 268.
Livon 184. 232.
Löri 337.
Lostalot 179.
Löwenberg 173. 224. 225.
Luc 92. 123. 154. 206. 337. 339. 345. 346. 347.
Lucas-Championnière 316.
Ludewig 247. 334.
Lutz 59.
Lys 151.

Macdonald 235. 254. 346.
Macdonell 211.
Mackenzie 158.
Maglioni 340.
Makenzie 349.
Marano 153. 286.
Marfan 318.
Marini 186.
Martino 287.
Massei 119. 347.
Matignon 182.
Mayer 154.
Mayor 313.
Meijer 312.
Merryan 318.
Meyer 257.
Meyes 68.
Michael 59. 281.
Mittendorf 158.
Mollière 210.
Moncorgé 92.
Monod 340.
Moos 145.
Morgenthau 316.
Morpurgo 56.
Moure 207. 288. 341.
Moussan 343.
Murray 155.
Müller 209.

Nalty 286.
Neumann 30. 208. 233.
Nitsche 196.
Noquet 26. 253. 339.

Olivenbaum 252.
Ollive 95.
Onodi 69. 110. 139. 147. 195. 343.
Orcel 182.

Paget 120.
Parker 288.
Patrzek 116. 203.

Digitized by Google

Péan 342.
Peltesohn 89.
Périer 183.
Personati 340.
Peterson 149.
Petit 183.
Petrone 179.
Peyrissac 91.
Photiades 253.
Piniaczek 152.
Pitts 93. 159.
Plicque 253.
Plicques 228.
Polaillon 60. 343.
Polo 147.
Poncet 185. 341.
Poliquet 175.
Pouzin 207.
Proskauer 210.
Proust 289.
Przedborski 15. 50. 80.

Quenu 278.
Quinlan 176. 312.

Rachel 126.
Raoult 321.
Raugé 208.
Raulin 58. 176. 341.
Razumovsky 258.
Régnier 286.
Remy 291.
Richards 252.
Richardson 146. 180. 339.
Roc 312.
Rockey 184.
Roe 338.
Roersch 290.
Rohrer 187. 248. 249. 308.
Ronkovitsch 287.
Rosenberg 234.
Rousseaux 253.
Ruault 175. 227. 344.
Rumler 25.
Rushmore 348.

Saint-Hilaire 349.
Sandmann 115.
Schaeffer 115. 121. 236.
Schattock 182.
Schech 229.
Scheild 255.
Scheinmann 121. 180. 257.
Schiffers 95.
Schmiegelow 58. 102. 143.
Schrevens 282.
Schwabach 172.
Semon 28. 125. 182. 253. 291.
Servona 350.
Siebenmann 203.
Socolowsky 156. 259.
Socin 232.
Sonques 347.
Southam 159.
Sprengel 320.
Stepanow 134.
Stevenson 257.
Stewart 60.
Stöckel 279.
Stöker 234.
Strom 258.
Suchanek 106.
Surmont 173.
Symonds 235.
Szenes 7. 37. 197. 263. 296. 323.
Szontagh 152.

Tauber 257.
Taylor 148.
Témoin 316.
Terillon 182. 186.
Terrier 322.
Thompson 315.
Thorner 94. 149. 150.
Thost 123.
Thudichum 177.
Tissier 289. 344.
Trascher 61.
Trautmann 118. 250.
Treitel 25. 27. 116. 168.
Trumbull 342.
Tuffir 290.
Tynsowsky 153.

Vaton 343.
Velluti 289.
Vilcoc 280.
Vinaut 127.
Voelker 186.

Wagner 229. 259.
Wagnier 147.
Wallerand 206.
Walzer 350.
Washam 291.
Watson 178.
Waxham 155.
Weber-Liel, Fr. E. † 325.
Whitehead 159.
Wilson 256.
Winternitz 317.
Woakes 180.
Wright 145. 151. 229. 258.

Zaufal 276.
Zwillinger 226.

Digitized by Google

Druck von Marschner & Stephan,
Berlin SW.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Gaughofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER	**Dr. N. RÜDINGER**	**Dr. v. SCHRÖTTER**	**Dr. WEBER-LIEL**
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**	o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**	Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**	Professor der Ohrenheilkunde in **Bonn.**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXV. **Berlin, Januar 1891.** **No. 1.**

I. Originalien.

Stimmgabel und Stimmgabelversuche.

(Zum Theil vorgetragen auf der Naturforscher-Versammlung zu Bremen.)

Von

Prof. Dr. **Kiesselbach.**

Wenn ich es unternehme, einige bei Stimmgabeluntersuchungen wichtige Eigenschaften der Stimmgabeln zu besprechen, so hat mich dazu der Umstand bewogen, dass aus mancher der in letzter Zeit erschienenen Arbeiten hervorgeht, dass die Eigenthümlichkeiten dieses Instruments nicht sehr bekannt sind. Und es ist doch gewiss wichtig, diese Eigenschaften zu kennen, da sie für die Beurtheilung unserer Resultate bei Functionsprüfungen von grosser Bedeutung sind. — In Bezug auf den Ausfall der Stimmgabelprüfungen bei Anspannung des Trommelfells bin ich zu anderen Resultaten gekommen, als einige andere Autoren. Ich möchte deshalb bemerken, dass ich seit 12 Jahren bei vollkommen normalen Gehörorganen immer dieselben Ergebnisse hatte — allerdings nur bei normalen Gehörorganen.

I. Luft- und Knochenleitung.

Aëro-tympanale Leitung. Wenn man eine Stimmgabel anschlägt, am besten auf eine elastische Unterlage, so hört man bei vielen derselben einen oder auch mehrere Obertöne, wodurch das Resultat der Hörprüfung

Digitized by Google

unsicher werden kann. Um nun den Grundton rein zu erhalten, bedient man sich der Klemmen (Politzer), des Ueberziehens der Zinkenenden mit Gummischlauch (Bing), des Berührens der Zinkenbasis mit der Hand (Lucae), oder eines an Stiel und Zinkenbasis angelötheten Eisenringes (Bezold). Durch die Belastung der Zinkenenden werden aber nicht nur die Obertöne gedämpft, sondern es werden auch die Eigenschaften der Stimmgabel in anderer Beziehung verändert. Zunächst wird mit steigender Belastung der Ton tiefer, z. B. giebt meine mittelgrosse h-Gabel (Gesammtlänge 26, Zinkenlänge 14 Cm.) mit 70 Gramm Belastung f, mit 140 Gramm d, mit 280 Gramm A, mit den 3 Gewichten (übereinander angeschraubt) F. — Durch die Verschiebung der Gewichte gegen die Basis wird der Ton wieder höher; der höchste Ton, welchen man auf diese Weise erhalten kann, entspricht dem Grundton der unbelasteten Gabel. Wir würden somit bei acustischen Versuchen eine grössere Reihe von Stimmgabeln entbehren können, aber nur bei den allereinfachsten Versuchen, denn bei jeder Verschiebung der Gewichte erhalten wir wieder eine neue Stimmgabel, deren Eigenschaften in Bezug auf Intensität des Tones, Schwingungsdauer, Verhältniss der transversalen zu den longitudinalen Schwingungen von denen der unbelasteten Gabel, wie auch unter einander verschieden sind.

Bei Prüfung der Hörschärfe für die Luftleitung allein ist allerdings nur Höhe, Intensität der Töne und die Schwingungsdauer von Belang. Die Schwingungsdauer nimmt bei geringer Belastung zu, bei stärkerer Belastung wieder ab: während h (ohne Klemmen) 120 Secunden gehört wird, ist die Schwingungsdauer bei 70 Grm. Belastung 160 Sec., bei 140 Grm. Belastung 60 Sec., bei 280 Grm. 10 Secunden — eine kleine a¹-Gabel wird 50 Secunden gehört, mit Gummischlauch-Ueberzug an den Zinkenenden 33 Secunden. — Dass auch die Stellung der Gabel zum Ohr von Wichtigkeit ist, ist bekannt. Sie klingt am stärksten, wenn die breite Fläche des oberen Endes einer Zinke dem Gehörgang zugewendet ist. Die Kanten geben gar keinen Ton (Interferenz), und so kann es vorkommen, dass ein Patient zuerst die Stimmgabel gar nicht oder nur sehr schwach hört, während eine geringe Drehung des Kopfes oder der Gabel genügt, den Ton deutlich vernehmbar zu machen. Wird die Tonhöhe einer belasteten Gabel durch Verschieben der Gewichte nach der Basis geändert, so erklingt der Ton nunmehr am lautesten an der Stelle, wo die Gewichte angebracht sind.

Osteo-tympanale Leitung. Während bei der Luftleitung hauptsächlich die transversalen Schwingungen in Betracht kommen, haben wir es bei der Knochenleitung mit den longitudinalen Schwingungen zu thun. Die Kopfhaut verhält sich den longitudinalen Schwingungen gegenüber als elastische Unterlage, und es ist daher z. B. bei horizontaler Haltung der Gabel ohne Andrücken (Proc. mast.) die Summe von Knochenleitungsdauer und nachfolgender Luftleitungsdauer gleich der Totaldauer der Luftleitung. Durch Andrücken des Stiels wird die Schwingungsdauer abgekürzt, dagegen wird der Gabelton stärker gehört. — Eine wesentliche Veränderung erfahren auch hier die Eigenschaften der Stimmgabel durch die Belastung der Zinkenenden. (Um Missverständnisse zu vermeiden, bezeichne ich die Totaldauer der Luftleitung als

Digitized by Google

„L. t.“, die Dauer der Luftleitung nach Aufhören der Perception vom Kopfe als „L. p.“, die Knochenleitung beim positiven Rinne als „K. a.“, beim negativen als „K. p.“.)

Ebenso wie die Totaldauer der Luftleitung durch schwache Belastung vermehrt, durch stärkere Belastung verringert wird, so wird auch die Dauer der Knochenleitung und der „L. p.“ durch schwache Belastung vergrössert, durch stärkere Belastung verkleinert. Aber schon bei schwacher Belastung wird das Verhältniss von Knochenleitung zu Luftleitung ein anderes, d. h. die Knochenleitung dauert relativ länger, als bei der unbelasteten Gabel, oder mit anderen Worten: Bei Belastung der Zinkenenden nehmen die longitudinalen Schwingungen an Dauer und Intensität zu gegenüber den transversalen Schwingungen.

	beim Rinne'schen Versuch
Mittelgrosse h-Stimmgabel (ohne Belastung)	
Luftleitung tot. 120 Sec.	Knochenleitung a. 40
	Luftleitung p. 80
	120
f (dieselbe mit 70 Grm. Belastung)	
L. t. 160 Sec.	K. a. 60
	L. p. 100
	160
d (dieselbe mit 140 Grm. Belastung)	
L. t. 60 Sec.	K. a. 30
	L. p. 30
	60
A (dieselbe mit 280 Grm. Belastung)	
L. t 10 Sec.	K. a. 7
	L. p. 3
	10
Kleine a¹-Gabel (ohne Belastung)	
L. t. 50 Sec.	K. a. 20
	L. p. 30
	50
Dieselbe (Spitzen mit Gummischlauch überzogen)	
L. t. 33 Sec.	K. a. 16
	L. p. 17
	33

II. Physiologische Versuche mit Anspannung des Trommelfells.

Bei diesen Versuchen steht in Bezug auf das Resultat der Valsalva'sche Versuch und Politzer's Verfahren gegenüber dem Aspirationsversuch (Bezold), dem Eindrücken des Fingers in den Gehörgang und der Contraction des Tensor tympani. Alle haben zwar das Gemeinsame, dass durch die Anspannung des Trommelfells die Perception durch aëro-tympanale Leitung (soweit die Prüfung derselben nicht durch die Versuchsbedingungen ausgeschlossen ist) der tieferen Töne herabgesetzt oder aufgehoben ist.

In Bezug auf die Perception der Knochenleitung sind aber die Verhältnisse der beiden Gruppen total verschieden. Wenn wir mit Helmholtz den Schallleitungsapparat als Hebelapparat ansehen, so stellen die

Digitized by Google

Radiärfasern des Trommelfells den langen Hebelarm dar, bei Contraction des Tensor tympani wird deren Stelle durch den Zug des Muskels ersetzt. Bei Valsalva und Politzer's Verfahren wird nun durch die Compression der Luft in der Paukenhöhle und die hierdurch hervorgebrachte Auswärtswölbung des Trommelfells die Wirkung dieses Hebelarms aufgehoben. Der Zug des Trommelfells nach aussen wird aber gemildert durch das Schlafferwerden des Hammerambos-Gelenkes, so dass der Zug des Trommelfells an der Stapesplatte durch den Druck der comprimirten Luft auf die letztere zum Theil compensirt werden kann, während auf der Membran des runden Fensters ein Ueberdruck lastet. In Folge dieser Verhältnisse ist bei Verdichtung der Luft in der Paukenhöhle die Steigbügelplatte noch schwingungsfähig. Dass der Ton der Stimmgabel während der Luftverdichtung in der Paukenhöhle vom Kopf aus stärker gehört wird, mag wohl zum Theil durch den leichten Ueberdruck auf das runde Fenster, zum Theil dadurch mit veranlasst werden, dass die Schallwellen sich in verdichteter Luft intensiver fortpflanzen (Magnus). Bei unbelasteter Gabel ist die Verstärkung des Tones übrigens eine sehr geringe, während dieselbe bei Belastung sehr deutlich wird.

Bei den anderen Versuchen ist der Druck auf die Steigbügelplatte überwiegend. Der Aspirationsversuch, welcher mir leider nicht gelingt, das Eindrücken des Fingers in den Gehörgang und die Contraction des Tensor tympani unterscheiden sich nur gradweise. Beim Aspirationsversuch verschwinden bei Luftleitung tiefe Töne bei mässiger Stärke, bei Knochenleitung tritt eine mässige Verkürzung der Perceptionsdauer ein (Bezold). — Der Versuch mit dem Verschlusse des Gehörgangs enthält eigentlich zwei verschiedene Versuche. Bei leichtem Verschluss des Gehörgangs wird ein Resonanzraum gebildet, und ist deshalb die Perception der Knochenleitung auf dem verschlossenen Ohre stärker. Sobald wir aber den befeuchteten Finger tiefer in den Gehörgang drängen, wird die Luft im äusseren Gehörgang comprimirt; Trommelfell und Gehörknöchelchenkette folgen dem Drucke, so dass der Steigbügel fester in das ovale Fenster gepresst wird. Beim vollkommen normalen Ohre kann man es leicht dahin bringen, dass der Ton der unbelasteten Stimmgabel*) von dem verschlossenen Ohre gar nicht mehr gehört wird, sondern dass er auf das unverschlossene Ohr überspringt. Schwerer ist das Uebersprungen bei belasteter Gabel zu erreichen; noch weniger leicht, wenn es sich um ein catarrhalisch erkranktes Ohr handelt, da in letzterem Falle der Ton sehr schwer überspringt, eventuell sogar ganz auf dem erkrankten Ohre bleibt, ohne durch Verstärkung des Drucks viel an Intensität zu verlieren.

Die Contraction des Tensor tympani bewirkt bei tieferen Stimmgabeln ein Schwächerwerden sowie ein Höherhören des Tones sowohl bei Luft- wie bei Knochenleitung; bei mittleren Tonlagen konnte nur ein Schwächerwerden des Tones beobachtet werden, bis gegen die viergestrichene Octave hin. Höhere Töne als c^4 wurden unverändert gehört.

*) Ich brauche den Ausdruck „unbelastet" der Kürze halber in dem Sinne, dass bei der betreffenden Stimmgabel sich „K. a." zu „L. p." etwa verhalten wie 1 : 2.

Digitized by Google

Die besprochenen Erscheinungen am normalen Ohre werden also im Wesentlichen dadurch bedingt, dass bei Valsalva und Politzer's Verfahren die Schwingungsfähigkeit der Steigbügelplatte erhalten bleibt, während bei den anderen Versuchen vom Trommelfell resp. Hammer aus ein Druck auf den ganzen Schallleitungsapparat ausgeübt wird, so dass die Schwingungsfähigkeit desselben im Ganzen behindert ist.

III. Weber'scher und Rinne'scher Versuch.

Es ist schon von verschiedenen Seiten darauf hingewiesen worden, dass das Resultat der Functionsprüfung des Ohres nach irgend welcher Methode weiter nichts ist, als ein Symptom, welches seinen vollen Werth erst dadurch erhält, dass es an richtiger Stelle in die Reihe der übrigen Symptome eingeschaltet wird. Es ist natürlich, dass diese Symptome um so unzuverlässiger werden, je verwickelter der zu beobachtende Vorgang ist, denn wir haben es dann nicht nur mit Beobachtungsfehlern von Seiten der Patienten zu thun, sondern auch mit Fehlern, welche wir selbst bei Anstellung des Versuchs begehen können, und endlich dürfen wir nie vergessen, dass das Resultat des Versuchs von den Eigenschaften des angewendeten Instruments bedingt ist. Denn dieselben Verschiedenheiten der Eigenschaften, welche durch Belastung an einer Stimmgabel erzeugt werden, kommen auch bei verschiedenen Stimmgabeln vor ohne Belastung, und zwar sind diese Verschiedenheiten bedingt theils durch die Gestalt, theils durch die Structur der Gabel. Die Anforderungen, welche wir an Normalstimmgabeln stellen müssten, werden sich daher schwer erfüllen lassen. Um einheitliche Resultate zu erhalten, müssten diese Normalgabeln haben: gleiche Tonhöhe, gleiche Tonstärke, gleiche Schwingungsdauer, gleiches Verhältniss von Knochenleitungsdauer zu Luftleitungsdauer. Endlich müssten wir in der Lage sein, die Anschlagsstärke in sicher messbarer Weise zu bestimmen und zu variiren.

Weber's Versuch. Bei Anstellung dieses Versuchs, der ja an und für sich ganz einfache Verhältnisse zu bieten scheint, genügt es bekanntlich nicht, die Stimmgabel nur auf der Mittellinie von Schädel oder Gesicht aufzusetzen. Wir können dann noch zu einem Resultat kommen, wenn wir die Enden eines Otoscops in beide Ohren stecken oder auch die sogenannte gekreuzte Leitung versuchen, am besten vom Processus mastoideus aus. Zur Constatirung vollständiger einseitiger Taubheit können wir auch nach Lucae den Stiel der Stimmgabel in den Gehörgang stecken, oder zu noch kräftigerer Wirkung Klirrtöne erzeugen. Aber damit sind unsere Hilfsmittel nicht erschöpft. Wir können auch mitunter dadurch zu einem bestimmten Ergebniss gelangen, dass wir den Stiel der Gabel plötzlich fester andrücken, wodurch besonders bei gekreuzter Leitung der Ton noch vorwiegend oder allein auf dem andern Ohre gehört wird; auch abwechselndes Verschliessen beider Gehörgänge, verschiedene Stärke des Anschlags, Dauer der Einwirkung, Höhe des Stimmgabeltons, Prüfung mit belasteter und unbelasteter Gabel sind mitunter von Wichtigkeit. Trotz alledem sind die Resultate unserer Bemühungen oft recht dürftige, und manchmal treten auch Erscheinungen auf, deren Bedeutung noch nicht aufgeklärt ist, die man aber kennen muss, um sich vor diagnostischen Irrthümern hüten zu können. Dahin

Digitized by Google

gehört beim gekreuzten Weber das Ueberspringen des Stimmgabeltons von beiden Seiten nach dem andern Ohre, ferner die eigenthümliche Erscheinung, dass mitunter bei einseitiger oder einseitig schwererer Erkrankung erst nach Verschluss des gesunden oder leichter erkrankten Ohres der Stimmgabelton nicht nur vom Scheitel aus nach dem schlechteren Ohre hin gehört wird, sondern dass dann auch die Gabel pr. Luftleitung lauter und länger gehört werden kann. — Die Angabe der Patienten, dass sie die Stimmgabel „im ganzen Kopfe" hören, ist nach meiner bisherigen Erfahrung immer darauf zu beziehen, dass die Perception der Knochenleitung auf einer Seite ganz oder fast ganz erloschen ist, während das Hörvermögen für Luftleitung noch einigermassen besser erhalten sein kann.

Rinne'scher Versuch. Ist es schon bei dem Weber'schen Versuche schwer, oft unmöglich, zu einem verwerthbaren Resultate zu kommen, so sind die Verhältnisse bei Anstellung des Rinne'schen Versuches noch viel complicirtere. Abgesehen von dem gleichzeitigen Vorkommen verschiedenartiger Erkrankungen an demselben Ohre, haben wir es zunächst mit den unvermeidlichen Beobachtungsfehlern zu thun, denn für Ungeübte ist es gewiss nicht leicht, den Augenblick des Abklingens genau zu bestimmen. Ferner können die Resultate zweier aufeinanderfolgender Versuche sehr verschiedene sein in Folge verschiedener Stellung der Gabel zum Kopfe des Patienten. Das sind nun allerdings Uebelstände, die man durch Wiederholung des Versuchs bis zu einem gewissen Grade unschädlich machen kann. Wichtiger erscheint es, dass sich die Stimmgabeln selbst verschieden verhalten. Dass Stimmgabeln von ungleicher Gestalt und Construction verschiedene Resultate ergeben, dass das Vorwiegen der longitudinalen Schwingungen bei Belastung derselben Gabel häufig einen negativen Ausfall ergiebt*), während der Versuch mit der unbelasteten Gabel positiv ausfällt, braucht nach dem früher Gesagten kaum erwähnt zu werden. Aber selbst Untersuchungen mit Gabeln von gleicher Gestalt und Tonhöhe können zu recht verschiedenen Ergebnissen führen, wovon wir uns bei Prüfung mit zwei h- und zwei a^1-Gabeln häufig überzeugen konnten.

Als weitere Fehlerquelle ist der Umstand anzusehen, dass wir die cranio-tympanale Leitung eines Ohres oft nicht gesondert prüfen können, nämlich sobald der Stimmgabelton vorwiegend oder allein auf dem andern Ohre vernommen wird. Es kann dann soweit kommen, dass ein Ohr, dessen Prüfung für sich allein höchst wahrscheinlich einen positiven Rinne ergeben würde, nicht dazu kommt, weil während der ganzen Dauer seiner Perceptionsfähigkeit der Ton immer noch auf der andern Seite erklingt. Es ist daher der Ausfall des Rinne'schen Versuches ganz ohne Bedeutung, wenn die vorher selbstständig geprüfte Totaldauer der Luftleitung eines Ohres eben so lang oder kürzer ausfällt, als die Dauer der Knochenleitung auf dem andern Ohre, sobald beim Weber'schen Versuch der Ton vorwiegend oder ganz nach der entgegengesetzten Seite klingt.

Ob die Tonhöhe zweier Gabeln, wenn dieselbe nicht zu sehr differirt, von Bedeutung für den Ausfall des Rinne'schen Versuches ist,

*) Politzer hat dieses Verhalten auch in einem Falle nachgewiesen.

Digitized by Google

vermag ich noch nicht mit Bestimmtheit zu sagen, halte es aber für unwahrscheinlich. Ich habe allerdings in mehreren Fällen gefunden, dass die belastete Stimmgabel (A, K. a. : L. p. = 70 : 30; d, K a : L. p. = 30:30) einen negativen Ausfall ergab, die unbelastete (h, K. a. : L. p. = 15 : 30) einen positiven, und dann wieder a^1 (K. a : L. p. = 20 : 30) einen negativen Ausfall, doch lässt sich das auch aus dem Ueberwiegen der longitudinalen Schwingungen bei a^1 gegenüber h erklären.

Es ist also, wenn der Rinne'sche Versuch nicht sehr positiv oder sehr negativ ausfällt, nicht richtig, nur von einem positiven oder negativen Ausfall zu reden. Bei verschiedenen Gabeln oder bei verschiedener Belastung derselben Gabel kann in demselben Falle das eine Mal ein negatives, das andere Mal ein positives Resultat gefunden werden. Welche Stimmgabel recht hat, wird sich gegebenen Falls schwer entscheiden lassen. In einigen Fällen ist allerdings die Anwendung schwer belasteter Gabeln vorzuziehen; nämlich beim Weber'schen Versuch wird häufig durch dieselben noch ein entschiedenes Resultat erhalten, dann aber auch beim Rinne'schen Versuch, wenn es sich darum handelt, ganz leichte Erkrankungen des Schallleitungs-Apparates zu constatiren.

Trotz alledem würde ich es für verfehlt halten, wenn man wegen der erwähnten Fehlerquellen die Anstellung des Weber'schen oder Rinne'schen Versuches überhaupt unterlassen wollte. Dass beide Untersuchungsmethoden, so schätzbare Aufschlüsse sie oft geben, nicht in allen Fällen das Gewünschte leisten können, haben sie mit allen unseren Functionsprüfungen gemein. Beschränkung der Hörfähigkeit für tiefe Töne kann ebensogut bei Erkrankungen des percipirenden Apparats vorkommen wie bei Schallleitungsstörungen, Beschränkung der Hörfähigkeit für höchste Töne ist auch nicht immer ein sicheres Zeichen einer Labyrintherkrankung. Wenn also auch das Resultat jeder einzelnen Functionsprüfung nur in seltenen Fällen ein unzweifelhaftes ist, so dienen sie doch in ihrer Gesammtheit dazu, uns wesentliche Aufschlüsse über Art und Schwere der Erkrankung zu geben. Freilich gehört zur Deutung dieser Symptome Erfahrung und Umsicht, selbstverständlich auch die Berücksichtigung aller durch die anderen Untersuchungsmethoden gewonnenen Resultate. Die Einführung genauer Functionsprüfungsmethoden bedeutet einen ebenso grossen Fortschritt in der Diagnostik der Ohrenkrankheiten, wie die Einführung des Troeltsch'schen Reflectors und des Toynbee'schen Otoscops — um das letztere gebrauchen zu können, muss man eben auch das Auscultiren gelernt haben.

Bericht
über die Verhandlungen der otologischen Section des X. internationalen medicinischen Congresses zu Berlin.

Von

Dr. **Sigismund Szenes** in Budapest.

(Fortsetzung statt Schluss.)

VIII. Sitzung am 8. August, Vormittags.

Vorsitzender: Prof. Zaufal (Prag).

25) Gellé (Paris): Otite et paralysie faciale.

Auf Grund 31 einschlägiger Fälle, welche Gellé beobachten konnte,

Digitized by Google

hebt er die Begleitsymptome solcher Facialisparalysen hervor, welche eigentlich von der gleichzeitig bestandenen Erkrankung des Ohres abhingen, wie neuralgische Schmerzen (in 25 der Fälle), Schwindel (14 Mal) etc., trotzdem die Otitis nur selten (in 2 von 23 Fällen) suppurativer Natur war. Bezüglich des Connexes beruft sich Gellé auf zwei Fälle, in welchen die Paralyse in Folge eines Oedema inflammatorium im Fallop'schen Canal entstand, welches hier den Gesichtsnerv comprimirte.

26) Derselbe: Audition et paralysie faciale.

Gellé erwähnt einen Fall von Facialis- und Oculomotoriuslähmung, welche centraler Natur war, und fand sich hier auch eine Lähmung des Stapedius vor, zu Folge dessen das Trommelfell durch den Tensor nach einwärts gezogen wurde; der Stapedius behielt beim Gähnen seine Contractilität. Die binauriculären Reflexe fehlten.

27) Derselbe: Présentation de divers instruments.

Gellé demonstrirte eine Combination des Siegle'schen Trichters mit electrischer Beleuchtung.

Discussion:

Moos (Heidelberg) erwähnt, 2 Fälle von Facialisparalyse beobachtet zu haben, in welchen das Hörvermögen für tiefe Töne gesteigert war, in dem einen Falle betrug sie für C' gerade das Doppelte, wie auf der gesunden Seite.

Lucae (Berlin) hebt hervor, dass die Fälle, wo auf der Seite der Facialisparalyse tiefe und mittelhohe Töne krankhaft verstärkt gehört werden, sich dadurch auszeichnen, dass die Perception der Sprache nicht behindert ist. Es ist wichtig, dass diese zuerst von Lucae gemachte Beobachtung nicht verwechselt werde mit solchen Fällen, wo bei Facialislähmung Schwerhörigkeit vorhanden ist.

Treitel (Berlin) hat einen Fall von Furunkel beobachtet, bei welchem eine Facialisparalyse bestand, bei normaler Hörweite (in einem grösseren Zimmer) und normalem Stimmgabelbefunde. Nach Ablauf des Furunkels schwand die Facialisparalyse und es war in der Paukenhöhle keine Abnormität zu finden; es wäre jedoch möglich, dass ein leichtes Exsudat da war, welches inzwischen aufgesogen war.

Berthold (Königsberg) hat die Beobachtung gemacht, dass Kranke mit rheumatischer Facialisparalyse eine grosse Neigung zu Catarrhen in dem Ohr der entsprechenden Seite haben.

Bezold (München) hat neben einer frischen Paralyse des N. facialis gleichzeitig seröses Exsudat in der Paukenhöhle gesehen, welches durch das Trommelfell deutlich durchschien und mit dem Verschwinden der Paralyse ebenfalls verschwand; die Hörschärfe war nur mässig herabgesetzt gewesen.

Trautmann (Berlin) theilt mit, 2 Fälle von Facialisparalyse bei exsudativer Mittelohrentzündung beobachtet zu haben; nach der Incision schwand die Paralyse und kehrte noch ein Mal, bei Wiederkehr des Exsudats, zurück.

28) Bezold (München): Ueber Hörprüfungsmittel.

Der Werth unseres gebräuchlichsten Hörprüfungsmittels, der Flüstersprache, wird nach Bezold noch viel zu gering angeschlagen. Dieselbe verträgt sehr wohl einen Vergleich mit der Snellen'schen Sehprüfung

Digitized by Google

und ist daher der Vorschlag Knapp's, eine analoge Ausdrucksweise für diese einzuführen, berechtigt. Auch in den Buchstabenreihen Snellen's werden die einzelnen gleich grossen und für gleichwerthig geltenden Zeichen auf ziemlich verschiedene Distanz erkannt; die grossen Helligkeits-Unterschiede, welche durch den einfachen Wechsel der Tagesbeleuchtung bedingt sind, dürfen nicht geringer angeschlagen werden, als der Intensitätsunterschied in der Flüstersprache des Einzelnen, besonders wenn sich der Prüfende nur weniger, immer wiederkehrender Worte (Zahlen) bedient, und wenn er ferner nur nach vorausgeschickter Exspiration (also mit der zurückbleibenden Residualluft) spricht. Constant wiederkehrende Verwechslungen einzelner Typen und Worte finden hier wie dort regelmässig statt und sie geben uns wichtige Anhaltspunkte zur Eruirung der vorliegenden Krankheitsform, von Simulation etc. B. hält noch immer mit Wolf die Sprache für den vollkommensten Hörmesser, soweit es eine allgemeine Feststellung des Hörvermögens giebt. Weitere Verbesserungen in dieser Richtung anzustreben, liegt vorerst kein Bedürfniss vor.

Viel dringender erscheint eine Vervollständigung unserer Prüfungsmittel auf Tontaubheit. Das Ausfallen von Tönen resp. von Tonreihen hat für die Function des Ohres eine ganz andere Bedeutung, als der Ausfall von Farben für das Auge, da die Sehschärfe durch Farbenblindheit an sich gar nicht beeinflusst ist. Anders verhält sich, ganz abgesehen vom musikalischen Hören, beispielsweise das Sprachverständniss bei Ausfall einer Tonreihe. Fehlt z. B. der mittlere Theil der Scala, so kann das Ohr für die Sprache nahezu taub erscheinen, während doch nur ein Abschnitt der Scala verloren gegangen ist. Es ist daher unerlässlich die Prüfung mit der ganzen Tonscala. Die Reihe von Schlussfolgerungen, welche uns eine in allen diagnostisch zweifelhaften Fällen durchgeführte Untersuchung an die Hand giebt, ganz zu überschauen, sind wir gegenwärtig noch gar nicht im Stande, und es eröffnet sich hier ein weites Feld für unsere Untersuchungen. Das erste Desiderat für ihre Durchführung ist eine zur Prüfung geeignete Reihe von reinen Tönen, welche sich lückenlos über den ganzen Umfang der Scala erstreckt. B. legt eine solche aus 8 Stimmgabeln mit verschiebbaren Gewichten und 3 Orgelpfeifchen bestehende Tonleiter*) vor, welche unseren Bedürfnissen in dieser Richtung entspricht.

Discussion:

Schwabach (Berlin) warnt vor dem Gebrauch so tiefer Stimmgabeln, wie sie Bezold demonstrirte, besonders mit 43 und 36 Schwingungen. Dieselben verursachen unangenehme Empfindungen und erzeugen subjective Gehörsempfindungen, nervöse Erregungen etc.; dasselbe gilt auch von den sehr hohen Tönen, man muss daher im Interesse des Patienten und auch des Untersuchers selbst sehr vorsichtig sein bei der Prüfung mit solch' hohen Tönen.

Jacobson (Berlin) bemerkt, dass die Untersuchung mit der Flüstersprache, als die vollkommenste Methode der Hörprüfung, von Lucae

*) Diese continuirliche Tonleiter wurde bereits auf der X. Versammlung süddeutscher und schweizerischer Ohrenärzte zu Nürnberg demonstrirt. Siehe: Zeitschrift für Ohrenheilkunde Bd. XXI, pag. 121.

Digitized by Google

zuerst empfohlen wurde und für practische Zwecke genügt. Doch bezüglich der zahlenmässigen Bezeichnung der pathologischen Hörschärfe kann J. den von B. ausgesprochenen Ansichten nicht beipflichten und nicht acceptiren, die Hörschärfe des Kranken als Bruchtheil der normalen auszudrücken. Die Augenärzte befinden sich hierbei nicht, wie Bezold meint, in ganz derselben Lage, wie wir. Ihre Methoden, die Sehschärfe zu bestimmen (z. B. mittelst der Snellen'schen Sehproben) sind nicht frei von allen Unvollkommenheiten, und auch sie erhalten ungleiche Resultate, wenn die Beleuchtung verschieden ist, ebenso wie wir ungleiche Resultate erhalten, wenn wir in einem ganz ruhigen oder in einem weniger ruhigen Raume untersuchen. Hiervon indessen abgesehen, ist die Bestimmung der Sehschärfe aus der Entfernung, in welcher gleich grosse Buchstaben eben noch erkannt werden, eine physicalisch durchaus exacte, denn die Sehschärfe wird gemessen durch den kleinsten Gesichtswinkel, bei welchem ein Gegenstand eben noch wahrgenommen wird. Dieser Winkel aber ist für gleich grosse Leseproben (z. B. Snellen'sche Buchstaben) genau umgekehrt proportional der Entfernung. Die Hörschärfe aber steht in keinem bestimmten oder auch nur bestimmbaren Verhältniss zu der Entfernung, in welchem eine constante Schallquelle noch gehört wird; denn wenn wir auch annehmen, dass die Intensität des Schalls mit dem Quadrat der Entfernung abnimmt, so gilt dieses doch nur für den unendlichen Raum, unter keinen Umständen aber für ein Untersuchungszimmer, von dessen Wänden und dergleichen die Schallwellen in unregelmässiger und unberechenbarer Weise reflectirt werden, wie das auch v. Vierordt früher ausdrücklich betont hat. Um dieses noch greifbarer zu veranschaulichen, theilt Jacobson eine Beobachtung aus der Berliner Ohrenklinik mit. Es ist nämlich hier ein sehr langer, ziemlich schmaler Corridor, und werden in diesem die Hörprüfungen vorgenommen, so zeigt sich, dass die Hörweite für Flüstersprache constant bedeutend grösser ausfällt, als in dem gewöhnlichen Untersuchungsraum. Dass man den Wunsch hat, das Resultat der Hörprüfung anderen Collegen in Publicationen zahlenmässig mittheilen zu können, ist erklärlich, und glaubt J., dass hierzu die in der Berliner Ohrenklinik von jeher übliche Bezeichnungsweise, bei welcher die Hörweite in Metern voran- und das Wort, für welches dieselbe bestimmt wurde, in Klammern daneben gesetzt wird, vollständig genügt. Wenn z. B. im Journale geschrieben wird „Fl. 5,0 (Bismarck)", so bedeutet das: das Flüsterwort „Bismarck" wurde in 5,0 Meter Entfernung gehört; hiermit wäre das bei der Hörprüfung gefundene Resultat vollkommen deutlich und genügend anschaulich bezeichnet.

Lucae (Berlin) macht anfmerksam darauf, dass die einseitige Untersuchung mit Gabeln manche Fehlerquelle in sich schliesst, namentlich wegen der weit schwächeren tiefen Gabeln gegenüber den so empfindlichen hohen Gabeltönen. Auch erwähnt L., einen musikalischen Patienten mit grossem Defecte des Trommelfells beobachtet zu haben, welcher tiefe Gabeln auf dem kranken Ohr gar nicht, dagegen dieselben tiefen, von Pfeifen hervorgebrachten Töne sogar besser hörte, wie auf dem guten Ohr.

Dennert (Berlin) macht aufmerksam darauf, dass er schon vor langer Zeit betont hat, dass der Paukenhöhlenmechanismus sehr wichtig für die Perception tiefer Töne sei; das künstliche Trommelfell

Digitized by Google

wirkt vorwiegend nach dieser Richtung hin — Die Hörprüfung mit der Sprache habe ausser den vielen bekannten Inconvenienzen noch eine grosse Schattenseite, dass das Geleise für das zu prüfende Wort von der Aufnahme bis zum Verständniss mehr oder weniger ausgefahren ist.

Bezold hat die Unannehmlichkeit der ermüdenden Stimmgabelprüfungen nun grösstentheils hinter sich, nachdem seine Stimmgabelreihe fertig gestellt ist; für den Kranken sind die Unannehmlichkeiten gering, weil mit derselben nur auf Momente und für Luftleitung geprüft wird. — Auch B. notirt ebenso wie Lucae und Jacobson das Wort, welches auf die betreffende Distanz geprüft wird. Was das Deuten bekannter Worte von Seiten der Kranken betrifft, erinnert B. hauptsächlich an die Prüfung mit der Zahl „neun", welche immer jenseits der Hörgrenze als „ein" gehört wird, und da dieses Wort bei Affectionen des mittleren und inneren Ohres ziemlich gleich schlecht gehört zu werden scheint, sieht B. gerade in seiner Benutzung einen sehr brauchbaren Hörmesser.

Gradenigo (Turin) erwähnt zur Bestätigung der von Lucae hervorgehobenen Verschiedenheit in der Perception der Töne durch Stimmgabeln oder durch andere Instrumente einen Fall, wo bei einer endocraniellen Erkrankung viele Töne mittelst Stimmgabel nicht zur Perception gelangten, dieselben Töne jedoch, auch bei geringer Intensität, percipirt wurden, wenn er sie durch die Trompete oder Flöte hervorbringen liess. Bezüglich der von Jacobson erwähnten verschiedenen Hörweite bei verschiedenen Prüfungsräumen erwähnt G. als Curiosum, dass seine Uhr, welche gewöhnlich nur auf 5 Mtr. gehört wird, in einem 50 Mtr. langen Corridor auf über 30 Mtr. percipirt wird.

Magnus (Königsberg) legt im Anschlusse an Dennert's Bemerkung besonderen Werth darauf, dass man beim Prüfen für bürgerliche Zwecke sich nach dem Untersuchungsobject richten muss. Ueber den Vorzug der von ihm gebrauchten Lautsprache der Flüstersprache gegenüber müssen fernere Erfahrungen entscheiden, in wie weit das im bürgerlichen Leben nothwendige Wortverständniss dem Verständniss der Flüstersprache parallel ist.

29) Shirmunsky (Petersburg): Ein neues Operationsverfahren zur Erreichung einer bleibenden künstlichen Perforation des Trommelfells.

Nach einem kurzen historischen Rückblick über die bis jetzt empfohlenen Operationsmethoden der partiellen Excision des Trommelfells als Mittel zur Hörverbesserung, kommt S. zum Schlusse, dass in der letzten Zeit diese Operation fast ganz aufgegeben worden ist, weil wir bis jetzt kein Verfahren kennen, eine bleibende Oeffnung zu erhalten. Statt dieser unbedeutenden, leicht ausführbaren Operation wird die viel complicirtere Entfernung des ganzen Trommelfells mit einem oder beiden Gehörknöchelchen empfohlen. Da aber auch bei dieser Operation die Trommelfelllücke die Hauptrolle spielt, so wird es noch immer von grossem practischen Belang sein, ein Verfahren kennen zu lernen, mittelst welchem man eine permanente Perforation erzielen könnte. S. glaubt in der Chromsäure ein sicheres Mittel gefunden zu haben, welches im Stande ist, eine bleibende Zerstörung eines Trommelfelltheils hervorzubringen. Vor anderen, auch stark zerstörenden Aetzmitteln, wie z. B. die von Simrock zur Perforation des Trommelfells angewandte Schwefelsäure,

Digitized by Google

hat die Chromsäure den Vorzug, dass man sie im festen Zustande anwenden kann und auf diese Weise gelingt es, die Wirkungsweise des Aetzmittels zu begrenzen, wodurch eine übermässige Reizung und damit verbundene reactive Entzündung des Trommelfells resp. der Paukenhöhle zu vermeiden ist.

Der zur Perforation gewählte Trommelfellquadrant (gewöhnlich der vordere untere) wird zuerst mit einer 10procentigen Cocainlösung mehrmals betupft, dann das Trommelfell an dieser Stelle mit einer gewöhnlichen Paracentesennadel vertical oder kreuzförmig durchschnitten. Nach Abtrocknen des Blutes werden die Schnittränder mit der an die Spitze einer Silbersonde angeschmolzenen Chromsäure geätzt. — S. hat die Operation bis jetzt 8 Mal, bei 6 Personen mit Sclerose der Paukenschleimhaut, ausgeführt und beträgt die Beobachtungsdauer von 8½ bis 3 Monate. In allen Fällen ist eine bleibende Trommelfelllücke mit sich überhäutenden Rändern erzielt worden.

Als Nachtrag macht Shirmunsky eine vorläufige Mittheilung über die von ihm angestellten Thierversuche zur Entscheidung der Frage über die Wirkungsweise verschiedener Aetzmittel auf das lebende Gewebe.

Zur Prüfung der Regenerationsfähigkeit der Gewebe nach Aetzung mit verschiedenen chemischen Substanzen erzeugte S. an der Ohrmuschel vom Kaninchen, die bekanntlich sehr reich an Blutgefässen ist, eine künstliche Perforation auf dieselbe Weise und möglichst von derselben Grösse, wie am menschlichen Trommelfelle. Zu diesem Zwecke wurde an correspondirenden Stellen beider Ohrmuscheln ein Kreuzschnitt gemacht und die Perforationsränder einerseits mit Argent. nitr., andererseits mit Chromsäure geätzt. Es bildete sich beiderseits eine linsengrosse Oeffnung mit verschorften Rändern. Nach ca. 3 Wochen fiel der durch Arg. nitr. erzeugte Schorf ab und die Perforationsöffnung begann allmählig sich zu verkleinern, nahm bald eine spaltförmige Gestalt an, bis sie sich nach 2 Monaten durch Narbengewebe geschlossen hatte; der durch Chromsäure gebildete Schorf theilte sich in Form eines Kreises vom gesunden Gewebe erst nach 7 Wochen ab und es blieb eine permanente runde Oeffnung mit vollständig vernarbten Rändern zurück. — Dasselbe Resultat erhielt man an der Schwimmhaut ganz junger Enten, während bei älteren Enten auch bei Aetzung mit Arg. nitr. keine Regeneration des Gewebes stattgefunden hat.

Die Versuche mit anderen Aetzmitteln sind bis jetzt noch nicht abgeschlossen.

Discussion:

Krakauer (Berlin) hat alle Aetzmittel, Galvanocaustik, Schwefelsäure, rauchende Salpetersäure, Chromsäure etc. versucht, die Perforation verwächst stets wieder. Er hat ferner die Politzer'sche, Voltolinische Oese und ein eigenes Instrumentchen versucht, bei welchem ein Aluminiumröhrchen fest mit dem äusseren Gehörgange verbunden wurde, doch der Effect war derselbe, weshalb er auch kein Vertrauen zu diesen Methoden hat.

Shirmunsky glaubt in der Chromsäure ein ganz sicheres Mittel zur Erreichung einer bleibenden Perforation zu besitzen, denn in allen

Digitized by Google

Fällen, die bis zur letzten Zeit unter fortwährender Beobachtung standen, bewies sie sich.

Krakauer beharrt auf seiner Aeusserung und hält die Beobachtungszeit Shirmunsky's für unzureichend.

30) Bishop (Chicago): On atresia of the external auditory meatus.

Bishop berichtet über 4 einschlägige Fälle. Im ersten Falle handelte es sich um ein Trauma, zu Folge dessen die Ohrmuschel sich von der Wange losgetrennt hatte und wurde dann letztere so ungeschickt angenäht, dass der Gehörgang sich völlig verschloss. Die Function des Gehörnerven war erhalten. Nach erfolgtem operativen Eingriffe wurden die Verhältnisse nahezu normal. — In 2 anderen Fällen handelte es sich um Missbildungen und wurden hier die Stimmgabeln per Knochenleitung gehört. In einem dieser letzteren Fälle war an Stelle des Gehörganges eine Depression, jedoch ohne Canal; das Resultat des Eingriffes war nur von cosmetischem Werthe; der andere Fall blieb ohne jeden Eingriff. Im vierten Falle handelte es sich endlich abermals um ein Trauma, welches angeblich vor 29 Jahren entstanden war. Seit dieser Zeit hat Patient nichts gehört und war der Gehörgang durch dichtes Narbengewebe ausgefüllt. Vor 10 Jahren hatte sich bei diesem Kranken unter heftigen Schmerzen durch eine kleine Oeffnung eine Eiterung eingestellt, welche mit der Zeit profus wurde und einen foetiden Character annahm; die Knochenleitung war auch hier erhalten. Nun wurde der Canal eröffnet, dann mit Chromsäure geätzt und in die Oeffnung ein Kautschukröhrchen eingelegt. Die Oeffnung schloss sich aber mit der Zeit wieder, die Eiterung jedoch wurde immer geringer, um später nahezu ganz zu sistiren.

Discussion:

Politzer (Wien) weist auf zwei in dem Vortrage Bishop's nicht erwähnte Formen der Atresie hin; 1) auf die von ihm beobachtete vollständige Atresie des ganzen Gehörganges durch allseitige Verwachsung eines grossen Gehörgangspolypen mit den Gehörgangswänden, 2) auf jene bindegewebigen oder knöchernen Atresien der Pars ossea, welche sich im Falle einer massenhaften Granulationsbildung bei chronischen suppurativen Mittelohrentzündungen im knöchernen Gehörgange und an der äusseren Trommelfellfläche entwickeln und nach Ablauf der Eiterung in Bindegewebe oder Knochen umgewandelt werden.

Cholewa (Berlin) hebt hervor, dass in einzelnen Fällen, wie ein beobachteter Fall aus der Hartmann'schen Poliklinik zeigt, bei Atresie des äusseren Gehörganges es sich um Fehlen der vorderen Gehörgangswand und um eine directe Verbindung der Gelenkhöhle der Kiefer mit der Paukenhöhle handelt.

IX. Sitzung am 8. August, Nachmittags.

Vorsitzender: Herr Sexton (New-York).

31) Botey (Barcelona): Expériences d'évulsion de l'étrier chez les animaux.

Nach einer Reihe von Versuchen bezüglich der Evulsion des Steigbügels, welche Botey bei Tauben und Hühnern vornahm, resumirt er folgendermaassen seine Resultate: 1) Die Entfernung des Steigbügels bei den Thieren ist eine ungefährliche Operation. 2) Ob man bei

Digitized by Google

dem Eingriffe die ovale Membran zerreist oder nicht, und ob das Labyrinthwasser ausfliesst oder nicht, immer bildet sich nach Wegnahme des Steigbügels eine neue Membran, die das Labyrinth beschützt. 3) Alle Thiere hörten auch nach der Entfernung des Steigbügels, wenngleich nur auf kürzere Distanz und höchst wahrscheinlich nur durch die Membranen der ovalen und runden Fenster. 4) Thiere ohne Steigbügel und übrige Theile des mechanischen Hörapparates, bei denen jedoch die ovalen und runden Fenster intact bleiben, hören mehr, als jene, welche in gleichen Bedingungen sind, aber das runde Fenster mit der Steigbügelbasis zusammen luxirt haben. 5) Nach Wegnahme sämmtlicher Theile des mechanischen Gehörapparates, mit Ausnahme des Steigbügels (Columella bei den Vögeln), hören diese Thiere weniger, als solche, bei welchen auch der Steigbügel mit entfernt wurde. 6) Wird das Promontorium unvollkommen in Entzündung versetzt und in Folge dessen die Ankylose des ersten ovalen Fensters nicht erreicht, wiewohl dasselbe sich ein wenig verengt, verknöchert und ankylosirt sich die Steigbügelplatte mit den Rändern des eigentlich ovalen (tiefer gelegenen) Fensters. 7) Wird es möglich sein, die Operation beim Menschen auszuführen, dann wird dieselbe ebenso ungefährlich, wie bei den Thieren, dabei muss jedoch selbstverständlich strengst antiseptisch vorgegangen werden. 8) Die Gehörknöchelchen und das Trommelfell sind nicht absolut nöthig zum Hören, sie dienen blos zur Verstärkung der Schalleindrücke, oder was dasselbe ist, die Hördistanz zu vergrössern.

32) Derselbe: Demonstration d'instruments pour l'otoscopie intratympanique.

Um das Innere der Paukenhöhle bei pathologischer oder künstlicher Durchbohrung des Trommelfells zu prüfen, bedient sich Botey des starken Lichtes einer electrischen oder Gaslampe, deren verschiebbare Linse von 13—14 Ctm. Durchmesser einen mächtigen Lichtstrahl gegen einen Stirnspiegel von 15—18 Ctm. Durchmesser wirft, der dann auf den kleinen Raum eine grosse Lichtmasse zusammendrängt. Zu diesem Apparate gehören noch conische Specula aus Metall, die etwas kürzer sind, als die gewöhnlichen, und befindet sich hinter denselben eine biconvexe, verschiebbare Linse, deren Brennpunkt das Promontorium treffen soll. Inwendig haben die Specula eine Rinne, durch welche die Schäfte ganz kleiner Spiegelchen gleiten können. Letztere sind aus Stahl, haben einen Durchmesser von 3—6 Mmtr. und eine Dicke von 0,5 Mmtr. Diese werden nun auf das Promontorium oder in dessen Nähe placirt, und da sie, durch die Rinne gehalten, in der gegebenen Stellung verharren, so bleibt eine Hand frei, um ein Instrument behufs eines eventuellen Eingriffes einführen zu können.

33) Gradenigo (Turin): Ohrmuschelform bei Geisteskranken und Verbrechern.

Formanomalien der Ohrmuschel sind bei Geisteskranken und Delinquenten viel häufiger, als bei normalen Individuen, und während bei letzteren vorwiegend unwesentliche Anomalien vorkommen, kommen bei Geisteskranken und Delinquenten hingegen sehr schwere Abnormitäten vor. Die Anomalien sind in der Regel bilateral. Bezüglich der einseitigen geht aus den statistischen Zusammenstellungen das sehr bemerkenswerthe Factum hervor, dass die Anomalien sowohl bei Männern wie bei

Digitized by Google

Weibern im Allgemeinen häufiger auf der rechten Seite vorkommen, mit Ausnahme der abstehenden Ohrmuschel, welche bei Männern viel häufiger auf der linken Seite vorkommt.

34) Derselbe: Zur Morphologie des Anthelix.

Gradenigo unterscheidet in der gut ausgebildeten Ohrmuschel der Säugethiere zwei Hauptsysteme von Leisten, d. h. Leisten, welche senkrecht zu der Anheftungslinie der Ohrmuschel (longitudinale Leisten), und andere, welche parallel zu dieser Linie (quere Linie oder Anthelix) verlaufen. Beim Menschen ist in embryonalem Zustande die Gegenwart der longitudinalen Leisten zu constatiren, gehören indessen zum zweiten System: a) corpus et crus superius anthelicis; b) crus inferius anthelicis.

Als Anomalie hat Gradenigo beim Menschen das Vorkommen von Leisten constatirt, welchen, seiner Meinung nach, die morphologische Bedeutung von accessorischen Anthelicis zukommt. Die von G. vorgestellten Abbildungen lassen zwei Haupttypen von diesen accessorischen Anthelicis nachweisen: 1) eine Leiste, welche die Fortsetzung nach unten und vorne das Crus infer. anthel. bis zum Boden der Cymba conchae darstellt; 2) eine Leiste, welche concentrisch mit dem Corpus anthelicis verläuft.

(Schluss folgt.)

Beitrag zur Kenntniss der Aetiologie, Diagnose und Therapie des Vorfalls der Schleimhaut der Morgagni'schen Taschen (Prolapsus vel hernia ventric. Morgagni[1]).

Von

Dr. **L. Przedborski**

Spitalarzt am Lodz'er israelitischen Krankenhause.

Obgleich das Gebiet der krankhaften Veränderungen, welches der Kehlkopfspiegel vor unserem Auge enthüllt, wirklich gewaltig ist, bleibt dennoch in diesem ein bedeutender, für uns gänzlich unzugänglicher, pathologischer Raum zurück. Diesen Raum bilden die krankhaften Abweichungen, die in den Morgagni'schen Taschen entstehen. Diese Abweichungen entschlüpfen gänzlich der genauen Observation, und können wir eine schwache Ahnung über das Vorkommen derselben nur bei sorgfältiger Berücksichtigung der accidentellen, collateralen Nebenerscheinungen erreichen. Das Dasein dieses Raumes ist durch unstreitbare Beweise durch die Anatomie festgestellt worden, auch hat die Physiologie und Histologie nachgewiesen, dass diese Gegend stets in der Entstehung verschiedener pathologischer Processe eine Hauptrolle spielt. Es kann nämlich vorkommen, dass in den Morgagni'schen Falten sehr gewalt-

[1]) Separat-Abdruck aus der „Gazeta Lekarska" No. 51 und 52, 1888.

Digitized by Google

same Erscheinungen sich abspielen, die, lange Zeit unentdeckbar bleibend, erst dann der Untersuchung zugänglich werden, wenn es ihnen schon gelang, enorme Zerstörung in den Geweben hervorzurufen. Unser Auge erreicht zwar die oberen Grenzen und Oeffnung der Morgagni-Falte, und können wir bei entsprechender Uebung und Erfahrung in der Abschätzung der collateralen Phänomene aus diesen einen grossen Nutzen für unsere Zwecke erzielen; da sich jedoch diese Erscheinungen auch im Verlaufe vieler anderen Krankheiten geltend machen, so bleibt die Therapie gewöhnlich erfolglos, denn die grösstentheils wankende und unsichere Diagnose gestattet uns nicht, die während der Untersuchung festgestellten Thatsachen ausgiebig auszunutzen. Wie machtlos sich aber auch der Kehlkopfspiegel bei Auffindung der primitiven Veränderungen in den Morgagni-Ventrikeln zeigt, so hervorragend wird der Werth dieses Instrumentes in den späteren Stadien, wenn die pathologischen Processe schon genug Zeit hatten, die obere Oeffnung der Ventrikel zu erreichen oder sogar sich über die Grenzen dieser auszudehnen. Die Unmöglichkeit also, unserem Auge die primitiven, in den Morg. Falten sich abspielenden Erscheinungen zugänglich zu machen, die Unsicherheit der Diagnose, die in diesem Stadium auf mehr oder minder richtiger Schätzung der Nebenerscheinungen (collaterale) sich stützen muss — das sind die Ursachen, welche noch immer die genaue Erkennung der in den Morg. Taschen sich entwickelnden krankhaften Processe behindern.

Demgemäss wären auch alle Versuche, in den speciell den Kehlkopf-Krankheiten gewidmeten Handbüchern irgend welche Erwähnung über die Leiden der Morgagni'schen Ventrikel aufzufinden, vergebens, und gehören auch heut zu Tage die Beschreibungen dieser Krankheiten zn den grössten Seltenheiten. Die Arbeit von M. Massei[2]): „Contribution à l'etude des maladies du ventricule de Morgagni" bildet noch immer den einzigen Leitfaden auf diesem dunkeln, unbekannten Gebiete der internen Medicin. In seiner Abhandlung beschäftigt sich Massei mit der Auflösung folgender vier Fragen: 1) Welche Krankheiten entstehen primär in den Morgagni'schen Taschen? 2) Welche Erscheinungen gestatten uns das Leiden in den Morgagni'schen Falten zu localisiren? 3) Auf Grund welcher Beweise sind wir berechtigt, mit voller Sicherheit die Diagnose einer Krankheit des Morgagni'schen Ventrikels annehmen zu können? 4) Besitzen wir, nachdem die Diagnose eines Sinusleidens festgestellt worden ist, Mittel, dasselbe zu beseitigen? Die lehrreiche Arbeit von Massei, deren genauere Auseinandersetzung uns zu viel Zeit in Anspruch nehmen würde, die jedoch in hohem Maasse verdient, gelesen zu werden, wenn sie sich auch nicht genügend erledigend mit den Krankheiten des Morgagni'schen Ventrikels befasst, bietet einen bedeutenden Fortschritt zur Erkennung vieler interessanter und wenig bekannter pathologischer Processe, die in den Morgagni'schen Taschen entstehen. Die von Massei erweckte Frage, obgleich sie ein sehr dankbares Arbeitsfeld für viele Forscher darbot, gelangte dennoch während 4 Jahre in den medicinischen Kreisen in vollkommene Vergessenheit. Erst im Jahre 1886 tauchte die Frage über die Krankheiten der Morg. Tasche in der Sitzung der Aerzte und Chirurgen in Montreal auf's Neue auf. G. W.

[2]) Congress international de Laryngologie, Milan 1882.

Digitized by Google

Mayor demonstrirte in der erwähnten Sitzung einen Fall[3]) von doppelseitigem Vorfall der Schleimhaut der Morg. Tasche, der eine 27jährige, seit vielen Jahren mit Tuberculose der Lunge und des Kehlkopfes behaftete Frau betraf. Bei dieser Gelegenheit erwähnte Mayor, dass er schon im Jahre 1885 einen Fall von Vorfall der Mucosa der rechten Morg. Tasche bei einer mit Lues behafteten Frau vorgezeigt hat. Bei Erörterung der Literatur dieses interessanten Leidens hebt Mayor hervor, dass in der Mehrzahl der so sparsam beschriebenen Fälle von Prolapsus des Morg. Ventrikels fast immer Störungen und Krankheiten des Gesammtorganismus, hauptsächlich jedoch Lues, Tuberculose und Krebscachexie, nachzuweisen waren. Im Jahre 1887 theilte Mayor in seinem Vortrage über „Prolaps of the Laryngeal ventricles"[4]) noch 5 weitere Fälle von Schleimhautvorfall der Morg. Taschen mit. In allen beobachteten Fällen zeigten sich die wahren Stimmbänder theilweise durch die vorgestülpte Schleimhaut überlagert und liess sich dieselbe leicht mit der Sonde reponiren. Kurz darauf, am 21. Mai 1887, hielt Jelenffy in der Gesellschaft der Aerzte in Budapest einen Vortrag: „Ueber den Vorfall des Morg. Ventrikels und seine Behandlung"[5]). In seinem Vortrage gelangte Jelenffy zu folgenden Schlussresultaten: Die Ursache des Vorkommens des Vorfalls der Mucosa des Morg. Ventrikels beruht auf gewaltigen Hustenanfällen. Der Unterschied zwischen der Eversion und dem Vorfalle der Ventrikelschleimhaut hängt blos von der Intensität der Krankheit ab. Störungen im Athmungsprocesse finden nur bei doppelseitigem Vorfalle der Schleimhaut statt. Die einseitigen Vorfälle der Mucosa verursachen blos Heiserkeit. Die Heilung tritt gewöhnlich, nach Jelenffy, nach totaler Exstirpation oder nach vielfach vorgenommener Incision der vorgestülpten Schleimhaut ein. Trotz der mühsamsten Bestrebungen konnte ich ausser den drei erwähnten Autoren in der zugänglichen Literatur keine Spuren, die sich auf genauere und gewissenhaftere Bearbeitung des Kapitels über die krankhaften Störungen in den Morg. Falten beziehen, auffinden. Bei genauerer Uebersicht der einschlägigen polnischen Literatur muss ich zu meinem Bedauern betonen, dass, trotzdem in dieser sehr häufig hervorragende Arbeiten von grossem practischen Werthe erscheinen, Beobachtungen, die sich mit den pathologischen Processen der Morg. Ventrikel befassen, bis heut zu Tage noch ganz ausfielen. Um die in der entsprechenden Casuistik entstandene Lücke auszufüllen, erlaube ich mir, etwas eingehender über 2 Fälle von Schleimhautvorfall der Morg. Ventrikel, die von mir durch lange Zeit beobachtet und mit sehr befriedigendem Erfolge behandelt worden sind, zu berichten. Die Fälle verdienen übrigens, näher besprochen zu werden, nicht nur ihres seltenen Vorkommens wegen, sondern in Folge des characteristischen Verlaufes, Bestehens und Therapie.

I. Fall. Frau S. suchte bei mir ärztlichen Rath im Januar 1888. Die Kranke erfreut sich einer vollkommenen Gesundheit, klagt jedoch über von Zeit zu Zeit auftretenden Husten, wobei fast immer eine mässige

[3]) Eversion of the ventricles of the larynx. Philadelphia Med. News, 29. Mai 1886.
[4]) New-York Med., 1. Januar 1887.
[5]) Pester Med. Presse 1887.

Digitized by Google

Quantität schleimig-eitrigen Secretes zum Vorschein kommt. Patientin giebt an, dass das Sprechen für sie allmählig schwieriger wird, denn wenn sie auch trotz der Veränderung in der Klangfarbe und auffallender Herabsetzung der Kraft der Stimme ein lebhaftes Gespräch zu führen vermag, kommt es doch sehr häufig vor, dass sie in Folge momentaner Aphonie nicht im Stande ist, einen begonnenen Satz zu vollenden. Es treten also nach einer kurzen Zeitdauer, in welcher die Patientin der Stimme vollständig mächtig ist, rasch vorübergehende Pausen ein, die die Patientin zum vollständigen Schweigen oder zum Aussprechen des Satzes mit ganz klangloser Stimme nöthigen. Die ursprünglich sehr selten vorkommenden Pausen in der Phonation treten in der letzten Zeit immer häufiger auf und machen jede längere Unterhaltung unmöglich. Die Patientin, von mittlerer Statur und kräftigem Körperbau, ist 36 Jahre alt und Mutter von 3 gesunden Kindern. Die Conjunctiven beider Augen sind von normaler Blutfülle, das subcutane Bindegewebe enthält einen ziemlich starken Fettpolster. Pat. stammt aus einer gesunden Familie, ist von hereditären Momenten nicht belastet und hat keine Krankheiten durchgemacht. Bei genauerer Untersuchung liessen sich krankhafte Störungen vornehmlich in den Lungen und im Kehlkopfe auffinden. In der rechten Lungenspitze fand ich eine leichte Dämpfung des percutorischen Schalles und von Zeit zu Zeit auftretende trockene Rasselgeräusche. In der rechten Subclaviculargegend nahm der Percussionsschall auf einem ungefähr 2 Finger breiten Raume an metallischem Klange zu, dessen Höhe grösser oder kleiner wurde dem entsprechend, ob wir die Kranke zum Athmen mit geschlossenem oder offenem Munde zwangen. Bei der Auscultation konnten in dem erwähnten Raume bronchiales Respirium, feuchte, grossblasige Rasselgeräusche, Gargouillement und häufig deutliches, amphorisches Blasen wahrgenommen werden. Kurz gefasst, alle physicalischen Erscheinungen liessen keinen Zweifel übrig, dass wir mit einer in der rechten Lungenspitze sich befindenden Caverne zu thun haben. Da jedoch Erscheinungen von hectischem Fieber fehlten, die Patientin sich eines befriedigenden Kräftezustandes und ausgezeichneten Aussehens erfreute, konnte ich mich in diesem Falle, wie ich auch kurz beweisen werde, des Gedankens nicht erwehren, dass der Zerfallprocess, der im Beginne der Krankheit in der rechten Lungenspitze enorme Fortschritte vorzeigte, in den späteren Stadien der Krankheit einen vollkommenen Stillstand gemacht haben musste. Wir müssen nämlich zu der Annahme kommen, dass bei unserer Patientin kurz nach dem Uebergange der tuberculösen Infiltration der rechten Lungenspitze in das Gewebeschmelzungsstadium rings um den ursprünglichen krankhaften Herd ein derbes Bindegewebe sich ausbildete, welches den erwähnten Herd gefahrlos für die benachbarten Theile machte. Die Kranke, die wegen ihres Halsleidens vom Collegen Dr. Lohrer mir zugewiesen wurde, befindet sich schon seit 2 Jahren in sehr befriedigendem Zustande, obwohl wir nach allen physicalischen Kennzeichen das Vorhandensein einer Caverne in der rechten Lungenspitze nicht läugnen können. Die Krankheit begann vor 4 Jahren mit einem Schüttelfroste, Fieber, rapid zunehmender Körperabmagerung, Husten und profusen Lungenblutungen. Im Anfange des vorigen Jahres machte die Patientin auf den Rath des oben genannten Collegen eine längere Kur in Görbersdorf durch und kehrte von dort in

Digitized by Google

einem bedeutend verbesserten Gesundheitszustande zurück. Der heilsame Einfluss, den der Aufenthalt in Görbersdorf auf unsere Patientin ausübte, machte sich durch vollkommenes Schwinden des Fiebers, bedeutende Hustenabnahme und dauernd zunehmendes Körpergewicht geltend. In welcher Zeit dem Grundleiden der Patientin sich secundäre Kehlkopferscheinungen als constante Begleiter einstellten, ist mir unmöglich, jetzt genau anzugeben. Da jedoch schon während des Aufenthaltes in der Brehmer'schen Anstalt, wo sich die Patienten einer systematischen Kur unterwarf, durch lange Zeit Milchsäurepinselungen applicirt worden sind, können wir, wie ich glaube, mit voller Wahrscheinlichkeit annehmen, dass die krankhaften Erscheinungen seitens des Kehlkopfes nicht lange auf sich warten liessen. Schon während der ersten Untersuchung erweckten die häufigen momentanen Störungen in der Phonation den Verdacht über das Vorhandensein von Hindernissen im Kehlkopfe, die die Thätigkeit der wahren Stimmbänder beschränken. Da ich mich gleichzeitig überzeugen konnte, dass diese Störungen, sehr rasch entstehend, eben so rasch verschwanden, so kam ich zur Annahme, dass die oben genannten Hindernisse wahrscheinlich nicht permanente sind und dass dieselben nur momentan die Function der Stimmbänder beeinflussen. Die laryngoscopische Untersuchnng bestätigte vollkommen die Richtigkeit dieser Annahme. Die Schleimhaut des Kehlkopfes fand ich mässig geröthet, beide wahren Stimmbänder zeigten sich etwas getrübt, doch gänzlich von Geschwüren oder circumscripten tuberculösen Infiltraten frei. Beide Arytaenoid-Knorpel waren bedeutend hypertrophirt und in ihren Bewegungen, wahrscheinlich in Folge einer abgelaufenen Perichondritis und Starrheit (Ankylose des Crico-arytaenoidal-Gelenkes), beschränkt. Bei der Phonation berührten sich beide wahre Stimmbänder in den zwei vorderen Dritteln vollkommen, dagegen entstand in der hinteren Partie der Glottis in Folge der oben erwähnten Ankylose des Crico-arytaenoidal-Gelenkes eine schmale Lücke. Diese Veränderungen erklären, obgleich nur theilweise, die Modificationen in Timbre und in der Intensität der Stimme, indem sie eine kleine Spannung und Beschränkung der Stimmbandbewegungen erzeugten. Bei der häufig vorgenommenen Kehlkopfuntersuchung konnte ich auch leicht die Quelle der stets zu Gesichte kommenden momentanen Aphonie aufsuchen. Als ich nämlich die Pat. andauernd zu lauteren Tönen veranlasste, keilte sich zwischen beide wahre Stimmbänder in die vorderen zwei Drittel der Stimmritze ein länglicher, blassrother, glatter Wulst ein, und da gleichzeitig auch im hintern Drittel der Glottis eine schmale Lücke entstand, so liessen sich die so häufigen, während der zu lebhaften Begeisterung der Patientin im Gespräche vorkommenden phonatorischen Störungen durch die anhaltenden Hindernisse in der hinteren Partie der Glottis, wie durch vielleicht entstehende Einkeilung des beschriebenen Wulstes zwischen die wahren Stimmbänder vollkommen erklären.

Was bietet nun der geschilderte Wulst dar?

Da derselbe ganz parallel dem rechten Stimmbande verlief, den Raum zwischen dem rechten wahren und falschen Stimmbande einnehmend, wobei dessen äusserer Rand innig dem innern Rande des wahren und sein innerer Rand der unteren und inneren Fläche des falschen rechten Stimmbandes anlag, da dieser Wulst in Folge seines Verschwindens

Digitized by Google

unter dem rechten falschen Stimmbande während der Respiration grösstentheils unsichtbar wurde und durch sein äusseres Aussehen, weiche Consistenz, blassrothe Verfärbung und glatte Oberfläche, eine grosse Aehnlichkeit der normalen Kehlkopfschleimhaut darbot, so gewann der Gedanke, dass dieser Wulst nur eine verdickte Duplicatur der Schleimhaut sei, und dass wir es also mit einem partiellen Vorfalle der Mucosa des rechten Morg. Ventrikels zu thun haben, immer mehr an positivem Werthe.

Diese phonatorischen Hindernisse konnte ich schon während des ersten Zusammenseins mit Herrn College Lohrer, der die Patientin in beständiger ärztlicher Aufsicht hatte, demonstriren: Während des mit College Lohrer abgehaltenen Consiliums beschlossen wir, um die phonatorischen Störungen zu beseitigen, die hypertrophirten Aryknorpel zu verkleinern und den zwischen beiden rechten Stimmbändern sich befindenden Wulst vollkommen zu vernichten.

Zur Verkleinerung der hypertrophirten Aryknorpel wählte ich Milchsäure und zur Zerstörung des genannten Wulstes Chromsäure.

Da ich die Ueberzeugung gewann, dass von schwachen Milchsäurelösungen nur nach langer Zeit Heilung zu erwarten ist, so suchte ich sofort im Beginn der Krankheit in reiner Milchsäure Zuflucht. Die Patientin blieb in meiner Kur von Januar bis April 1888 und rieb ich während dieser Zeit, nach vorausgegangener Anaesthesie der Kehlkopfschleimhaut durch eine 10procentige Cocainlösung, in die hypertrophirten Aryknorpel reine Milchsäure 10 Mal ein. Die Einreibungen wiederholte ich erst nach 7 — 8 Tagen, indem ich einerseits die Abstossung des entstandenen Schorfes abwartete und gleichzeitig mich bemühte, eine zu grosse, durch die energische Kur hervorgerufene Abschwächung der Pat. zu vermeiden. Und in der That wurde die Patientin nach jeder Einreibung für einige Zeit aphonisch, klagte über heftige Schmerzen beim Schlucken und starken Husten, und konnten vielmals leichte Fieberexacerbationen bis 38 und 38,2° C. nachgewiesen werden.

Ungeachtet dessen war die Kranke mit dem Erfolge der Kur vollkommen zufrieden, denn die stürmischen Reactionserscheinungen legten sich gewöhnlich nach einigen Tagen und die Stimme wurde allmählig stärker und klangvoller. Nach der zehnten Milchsäure-Einreibung verkleinerten sich die hypertrophirten Aryknorpel bis fast zur Hälfte und die in der hinteren Partie der Stimmritze während der Phonation entstandene Lücke verschwand vollständig. Es blieb sodann noch ein einziges Hinderniss zurück, welches, um die Patientin in Besitz einer ganz normalen Stimme zu setzen, beseitigt werden musste, und zwar bildete dieses Hinderniss die vorgestülpte, unter der Gestalt eines Wulstes auftretende Schleimhaut des rechten Morg. Ventrikels.

(Fortsetzung folgt.)

Digitized by Google

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Bericht über die an der k. k. Wiener Universitäts-Klinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Josef Gruber im Jahre 1889 ambulatorisch behandelten Kranken. (Fortsetzung.)

Corpus alienum.

Fremdkörper im äusseren Gehörgange kamen 37 Mal zur Beobachtung, und zwar fanden sich vor: Bohnen, Kirschkerne, Maissamen, Kieselsteine, rein und in Cerumen eingebettet, Johannisbrodkerne, Ameisen, geflügelte Insecten, Papierstücke, Watte und Knoblauchstücke; sämmtliche Fremdkörper konnten bis auf den einen unten angeführten Fall stets durch Ausspritzung entfernt werden.

Am 9. März wurde der 7jährige J. W. mit der Angabe auf die Klinik gebracht, er habe sich am Tage vorher eine Bohne ins rechte Ohr gesteckt. Von einem Arzte wurden vergeblich Extractionsversuche vorgenommen.

Es konnte das Vorhandensein einer Bohne bei der Ocularuntersuchung constatirt werden. Ausspritzung und Extractionsversuche misslangen. In der Narcose wurde hierauf die Extraction mit der Gehörgangszange vorgenommen. Der Fall verlief weiter günstig.

Otitis externa furunculosa

kam 142 Mal zur Beobachtung; 9 Mal waren schon Abscesse vorhanden, welche das Lumen des Gehörganges verlegten. Wie in früheren Jahren wurden auch diesmal mit trefflichem Erfolge die von mir in die Praxis eingeführten Gelatinepräparate mit Extractum opii überall dort verwendet, wo Vereiterung noch nicht aufgetreten war, während andernfalls die Incision ausgeführt wurde.

Der hier folgende Fall nimmt ein hervorragendes Interesse dadurch in Anspruch, dass er unter den Symptomen einer Otitis externa furunculosa begann, die zu retro-auriculärem Abscesse führte, aus welchem sich nach der Incision cholesteatomartige Massen entleerten.

Am 25. September stellte sich der 61jährige Kutscher J. W. mit der Angabe vor, seit 8 Tagen an heftigen Schmerzen im linken Ohre zu leiden. Es wurde das Vorhandensein eines Furunkels an der hinteren unteren Wand des Gehörganges constatirt und ein Gelatinepräparat eingeführt. Der Patient blieb dann aus und kam erst am 2. October in bedeutend verschlimmertem Zustande zu uns. Die linke Auricula war blauroth geschwollen, ihre Umgebung abwärts vom Niveau des äusseren Gehörganges von dunkel gerötheter, oedematöser, heisser Haut bekleidet. Nach hinten vom Lobulus war eine kreuzergrosse, gut umschriebene, buckelig vorgewölbte Stelle, an der Fluctuation deutlich gefühlt werden konnte; der Gehörgang war ganz zugeschwollen, das Trommelfell unsichtbar. Beim Catheterismus konnte man Rasseln, kein Perforationsgeräusch hören. Die Hörweite für die Flüstersprache betrug 40 Ctm. Bei der nun vorgenommenen Eröffnung des Abscesses (1 Ctm. hinter dem Lobulus) entleerten sich etwa 5 Cctm. Eiters; Jodoformverband.

7. October Verbandwechsel. Die Weichtheile in der Umgebung der Schnittöffnung zeigen geringere Schwellung, aber noch derbes Infiltrat

Digitized by Google

in der Ausdehnung eines Thalers; aus der Wundhöhle drängen sich weissglänzende Platten, die sich bei der mikroskop. Untersuchung als aus abgestossenen Epidermiszellen bestehend erweisen. Die Sonde dringt 3½ Ctm. tief gegen den Warzenfortsatz zu in die Tiefe. Beim Ausspritzen des Gehörganges kommen wenige Epithelplatten. Gehörgang weit, Trommelfell abschwellend. Uhr $^3/_4$ Mtr.; beim Catheterismus freies Einströmungsgeräusch ohne Rasseln. — Unter Jodoformverband heilte die Wunde prompt im Verlaufe von 14 Tagen.

Otitis externa diffusa

kam 63 Mal zur Beobachtung; die Behandlung bestand im acutesten Stadium in Einführung von Gelatinemandeln, die in immer zunehmender Dicke verwendet wurden und in Einlagen von mit Cocainlösung getränkten Wattewieken. Hatten die Schmerzen abgenommen, so wurde theils Anfüllung des Gehörganges mit Borsäure, theils die methodische Dilatation mit jodoformirtem Pressschwamm oder Drains geübt. Zwei Fälle kamen ins Ambulatorium, wo Verätzungen mit Chloroform die Ursache der Otitis externa abgaben, welches die Patientinnen zur Stillung von Zahnschmerzen von Apothekern erhalten hatten. In einem Falle war beiderseits die Concha und der knorpelige Gehörgang der Cutisdecke beraubt, eiternde Flächen darbietend, im anderen zeigte sich der Gehörgang vollständig zugeschwollen unter gleichzeitiger phlegmonöser Entzündung der Umgebung des Ohres und Vorhandensein heftiger Schmerzen, welche 3 Tage andauerten.

Otomycosis

wurde 11 Mal beobachtet und stets durch Einträufelungen von

Acidi borici 2,00
Alcoh. absol. 30,00 rasch beseitigt.

Es möge hier Erwähnung finden, dass in letzterer Zeit, abweichend von der bisher üblichen Untersuchung der verdächtigen Massen in 4 proctgr. Kalilauge, dieselben entweder nach kurzem Aufenthalte in absolutem Alcohol, oder, wenn sie trocken waren, gleich in einem Tropfen Canadabalsam zerzupft wurden. Man bekommt auf diese Weise schöne und haltbare Dauerpräparate.

Ruptura traumatica membranae tympani.

Unter 25 diesbezüglichen Fällen, deren Krankengeschichten wegen ihrer forensischen Bedeutung genau geführt werden mussten, fand sich die Rupturöffnung 11 Mal im vorderen unteren, 5 Mal im hinteren unteren, 4 Mal im vorderen oberen, 2 Mal im hinteren oberen Quadranten; 3 Mal sass die Ruptur hart unter dem Umbo, an der Grenze der beiden unteren Quadranten.

2 Mal fand sich doppelte Ruptur eines Trommelfelles vor, und zwar ein Mal beide oberen, ein Mal beide unteren Quadranten betreffend. Diese Patienten hatten mehrere Schläge auf's Ohr erhalten. In einem Falle war bei einem 25jährigen Mädchen die Grösse der Rupturöffnung höchst auffallend; sie betraf die ganze vordere Hälfte des Trommelfelles und noch das angrenzende Stück des hinteren unteren Quadranten; in einem zweiten Falle, wo die Ruptur fast die ganze hintere Hälfte des Trommelfelles traf, sah man das Steigbügelambosgelenk. In diesen beiden Fällen kam es zur Vernarbung des Defectes.

Digitized by Google

Die Form der Ruptur ist 4 Mal als rund, ein Mal als oval, ein Mal als nierenförmig, 5 Mal als dreieckig notirt. 8 Mal waren die Ränder der Lücke allein ecchymosirt, 7 Mal daneben auch Ecchymosen im Trommelfelle vorhanden. In 10 Fällen liessen sich pathologische Veränderungen, meistens chronischen Tuben-Mittelohrcatarrhen entsprechend, nachweisen, in 10 anderen Fällen waren solche Veränderungen am anderen Ohre vorhanden.

Folgende, besonders erwähnenswerthe Krankengeschichten mögen hier angeführt werden:

Frl. N., 19 Jahre alt, klagt über Stechen und Schwerhörigkeit rechterseits, angeblich nach einem Falle auf diese Seite beim Eislaufen. Die Ohrmuschel weist Sugillationen auf. Das Trommelfell zeigt im hinteren oberen Quadranten eine hirsekorngrosse Kalkablagerung, unter dem Umbo eine etwas grössere Narbe und im vorderen unteren Quadranten eine Ruptur. L. besteht Destruction des Trommelfelles.

N. N., Lehrling, stellt sich am 16. Mai mit der Angabe vor, Tags vorher 2 Ohrfeigen erhalten zu haben.

R. Trommelfell von normaler Wölbung, stark entzündet, kurzer Fortsatz noch sichtbar, Hammergriff nur angedeutet, in der unteren Hälfte des Trommelfelles eine linsengrosse Ecchymose, im vorderen oberen Quadranten eine 3 Mm. lange, 1 Mm. breite, glattrandige Perforationsöffnung, durch welche man die normale Paukenschleimhaut sieht; im hinteren oberen Quadranten eine quergestellte, 2 Mm. lange, 1 Mm. breite, von ecchymosirten Rändern eingefasste Perforationsöffnung.

Karl T., 28 J., Knopfmacher aus St. Veit. Seit 8 Tagen am rechten Ohre schwerhörig nach einem Schlage, der von rückwärts auf's rechte Ohr am 25. März von einem Collegen geführt wurde. Er spürte einen Knall, konnte aber weiter nach Hause gehen. Folgender Status wurde aufgenommen: „Trommelfell retrahirt, allenthalben suffundirt, am vorderen unteren Quadranten 2 durch eine schwache von oben nach unten ziehende suffundirte Brücke getrennte Lücken, durch welche hindurch die unveränderte Paukenschleimhaut zu sehen ist.

Uhr ad concham, Valsalva gelingt leicht; Uhr links über $3^1/_2$ Mtr.

15. Mai vollständige Vernarbung des Substanzverlustes.

Alois, Schlosserlehrling, erhielt am 23. August vom Fabrikswächter eine Ohrfeige links; darauf trat Stechen und Schmerz und an demselben Tage noch Ausfluss aus dem linken Ohre auf. Es zeigte sich der Gehörgang mit rein serösem Exsudat erfüllt, das Trommelfell in seiner Wölbung unverändert, geröthet, die Cutisschicht leicht geschwollen, der kurze Fortsatz sichtbar, Hammergriff angedeutet. — Unter dem Umbo fand sich eine schlitzförmige, etwa $1^1/_2$ Mmtr. lange, bis 1 Mmtr. breite Perforationsöffnung radiär gestellt, hinter welcher die Paukenschleimhaut lebhaft geröthet und geschwollen gesehen werden konnte; fortwährend drang unter Pulsation frisches seröses Secret aus dem Ohre. Flüstersprache über 4 Mtr.

(Fortsetzung folgt.)

Statistische Beiträge zur Kenntniss des otitischen Hirnabscesses. Von Dr. Otto Körner. (Archiv für Ohrenheilkunde, Bd. 29, Heft 1.)

K. hat 100 Fälle von otitischem Hirnabscess im Originale nachgesehen und kam bei der Betrachtung dieser Fälle zu folgenden Resul-

Digitized by Google

taten. Die Abscesse sassen 62 Mal im Grosshirn, 32 Mal im Kleinhirn, 6 Mal im Gross- und Kleinhirn. Relativ selten fanden sich Kleinhirnabscesse bei Kindern unter 10 Jahren, wahrscheinlich deshalb, weil die Entfernung der Paukenhöhle von der hinteren Schädelgrube beim Kinde grösser ist, als beim Erwachsenen. Männer waren doppelt so häufig erkrankt als Weiber. Unter den 100 Fällen waren 59 rechts, 38 links und 3 beiderseits gelegen. Von grösster Wichtigkeit ist die Thatsache, dass ein recht erheblicher Theil der im Verlaufe einer Ohreiterung zur Entwicklung kommenden Hirnabscesse sehr nahe dem Orte des primären Leidens und nicht selten in nachweisbarer Continuität mit demselben sich fiudet. Daraus ergebe sich die dringende Indication, ausser der Abscessentleerung auch den kranken Knochen zu suchen und zu entfernen. Was ihren Sitz anbelangt, so stellt K. die Regel auf, dass die von einem erkrankten Felsenbeine aus inducirten Hirnabscesse in den demselben benachbarten Gehirntheilen, also im Schläfelappen oder in der Kleinhirnhälfte der gleichen Seite liegen und in der Regel isolirt auftreten. Schläfelappenabscesse waren 16 abgekapselt, 17 nicht, Kleinhirnabscesse 12 abgekapselt, 8 nicht; sonst fehlen diesbezügliche Angaben. Als häufigste Complication des otitischen Hirnabscesses figurirt die Thrombose des Sinus transversus in 26, dann Meningitis in 17 Fällen. Durchbruch in den Seitenventrikel führte in 10 Fällen, in den 4. Ventrikel und den Gehörgang je einmal zum Tode. Was die Differentialdiagnose zwischen den otitischen Abscessen im Schläfelappen und im Kleinhirn anbelangt, so kann schon das Alter hierzu herangezogen werden, da bei Kindern unter 10 Jahren die Grosshirnabscesse 3 Mal so häufig vorkommen, als bei Erwachsenen. Die Erfahrung lehrt ferner, dass Knochenerkrankungen im Bereiche der mittleren Schädelgrube, besonders am Dache der Pauken- und Warzenhöhle, zum Abscess im Schläfelappen, im Bereiche der hinteren Schädelgrube aber zum Kleinhirnabscess führen. Nur 3 Fälle bildeten eine Ausnahme von dieser Regel. Beachtet kann werden, dass Abscesse im Kleinhirn relativ häufiger mit Labyrinthaffectionen combinirt sind, als solche des Grosshirns. Wichtig ist das öftere Vorhandensein einer schmerzhaften Stelle über dem Abscess beim Percutiren. Spontaner Schmerz hat nach K. nur sehr beschränkten Werth für die Localdiagnose. Ebenso kommt Schwindel bei Grosshirnabscessen eben so oft vor, wie bei denen des Kleinhirns; Neuritis optica ist ein häufiges Symptom des Hirndruckes bei otitischen Hirnabscessen. Lichtscheu fand sich selten angegeben, 3 Mal bei Kleinhirn-, 1 Mal bei Grosshirnabscessen. Sprachstörungen kommen nur den Grosshirnabscessen zu und dann nur, wenn sie — Rechtshändigkeit vorausgesetzt — links sitzen. Hemiplegie und Hemiparese fand sich in 6 Fällen bei Abscess im Schläfelappen, bei zweien davon kam dazu gekreuzte Facialis-Lähmung. Einmal fand sich eine solche bei Kleinhirnabscess. Gleichseitige Facialislähmung scheint in einem Falle von Kleinhirnabscess durch Schädigung des Nerven innerhalb der Schädelhöhle bedingt gewesen zu sein.

Den Abschluss dieser werthvollen und dankenswerthen Arbeit bildet das Literaturverzeichniss der gesammelten 100 Fälle. Gomperz.

Digitized by Google

Ueber Regeneration und Narbenbildung des Trommelfells. Von D. Rumler (Bonn). (Archiv für Ohrenheilk., XXX. Band, 1. u 2. Heft.)

Die Untersuchungen sind am Kaninchentrommelfelle angestellt und beziehen sich auf einfache Continuitätstrennung ohne entzündliche Complicationen und ohne Substanzverlust. (Ueber die Methode der Untersuchungen ist das Original einzusehen.) Es ergab sich, dass die erste Reaction vom äusseren Epithel ausgeht, welches schon nach 6 Stunden Zellenvermehrung zeigt, dass erst nach 48 Stunden das innere (Schleimhaut-) Epithel sich betheiligt, aber mit dauernd geringerer Energie, dass jedoch der Hauptantheil an der Ausgleichung des Defectes dem subepithelialen Bindegewebe zufällt, während die Substantia propria des Trommelfells fast völlig unbetheiligt bleibt und die definitive Narbe derselben entbehrt. Die Vorgänge der Zelltheilung waren auch hier als die einzigste Art der Gewebsregeneration überall deutlich nachweisbar.

Keller.

Ueber die Erkrankungen des Gehörorgans bei Tabes dorsualis. Von L. Treitel (Berlin). (Zeitschr. für Ohrenheilk., XX. Band, 3. u. 4. Heft.)

Tr. untersuchte 20 Tabeskranke, bei welchen er 5 doppelseitige Gehörserkrankungen fand, von denen er aber 3, weil ohne Zweifel zufällige Complicationen, ausscheidet, so dass im Ganzen nur 2 Fälle übrig bleiben, also 10 pCt. der Untersuchten, bei welchen die Ohrerkrankung mit der Tabes in Zusammenhang zu bringen sein dürfte. Bei beiden handelte es sich wahrscheinlich — zur Section ist keiner derselben gekommen — um Betheiligung des schallpercipirenden Apparates bei Mittelohrsclerose, und spricht der Autor die Vermuthung aus, dass „die Hinterstrangsclerose des Rückenmarks nicht ganz selten trophische Störungen im Mittelohre hervorruft, welche zu Hörstörungen führen können". Zwar findet sich in der Literatur, speciell auch in der otiatrischen, nichts derartiges bei Tabes erwähnt, doch glaubt T., dass man bei darauf gerichteter Aufmerksamkeit bei Sectionen gleichwohl häufiger auf derartige Befunde stossen würde, und citirt 2 Fälle von Gellé und Lucae, welche eine solche Deutung zulassen. Referent ist in der Lage, einen weiteren Fall seiner Beobachtung hinzuzufügen, bei welchem er Gelegenheit zur Section hatte: 50jähriger Tabiker, absolute Taubheit in den letzten Jahren. Beiderseits Mittelohrsclerose, Paukenschleimhaut fast zur Unkenntlichkeit verdünnt, so dass der Knochen wie macerirt aussieht; die Umgebung der Fenestra ovalis hyperostotisch, beide Steigbügel völlig ankylosirt, die Steigbügelplatten mit dem Ringbande zu einer Knochenplatte verwachsen; die Stapesschenkel glasartig hell, leicht zerbrechlich; Bogengänge, Schneckenräume und Vorhof durch Hyperostose verkleinert; Lamina spiralis membran. zeigt Knocheneinlagerungen.

Keller.

Bericht über Verhandlungen in der „Berliner medicinischen Gesellschaft" betreffend die operative Eröffnung des Warzenfortsatzes und die Perigeschwulst im Schläfebein. Von Dr. L. Jacobson. (Archiv für Ohrenheilkunde, Bd. 28, Heft 4.)

Ein kritisches Referat über obengenannte, in der „Deutschen med. Wochenschrift" No. 10—13, 1889 und „Berliner klin. Wochenschrift"

Digitized by Google

No. 10 u. 11, 1889, in extenso wiedergegebenen Vorträge, aus welchem hervorzuheben ist, dass C. Wolf schon 1877*) ein dem Küster'schen sehr ähnliches Verfahren empfohlen hat, ferner die Thatsache, dass bei Vergleichung der Heilungsresultate die Schwartze'sche Methode der Warzenfortsatzaufmeisselung sich der Küster'schen überlegen zeigt.
Gomperz.

b) Rhinologische:

Ein Nasenstein. (Sur un cas de rhinolithe.) Von Dr. Noquet. (Bull. médical du Nord No. 15.)

Ein 18jähriger Mann zeigt eine asymmetrische Nase mit beiderseitigem Thränenfluss und Verstopftsein nebst stinkendem Ausfluss aus der rechten Nasenhälfte. Der sehr grosse Rhinolith wurde stückweise entfernt; den Kern bildete ein aufgerolltes Stück schwarzer Seide, welches wahrscheinlich während eines Anfalls von Nasenbluten, welch' letzterem Patient als Kind ausgesetzt war, als Tampon in das rechte Nasenloch eingeführt worden war. Bepinselung der wunden Nasenfläche mit 20-procentiger Chlorzinklösung sowie Nasendouchen mittelst Borsäurelösung brachten in 16 Tagen Heilung. Thränenlaufen und Asymmetrie verschwanden.
Dr. P. K.

Ueber einige Complicationen der Operation der adenoiden Pharynx-nasaltumoren. (De quelques complications de l'opération des tumeurs adénoides du pharynx nasal.) Von Dr. Cartaz. (Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie No. 14, 1890.)

Die schlimmen Folgen sind Blutungen und Entzündungs- respective Infectionserscheinungen. Die Blutungen sind sehr selten, trotz des Gefässreichthums der adenoiden Tumoren. Verf. konnte nur 10 Fälle von theils primären, theils secundären Blutungen, welche einige Bedeutung hatten, sammeln. Bei Blutern soll man nicht operiren, ebenso nicht während der Menstruation und bei bestehender acuter Pharyngitis. Ganz kalte oder ganz heisse Einspritzungen mit Adstringentien oder auch ohne dieselben, Tamponade des Pharynx per os helfen immer.

Entzündungen des Pharynx, der Mandeln, des Mittelohres mit Fieber sind sehr selten. Man soll nicht gleich nach der Operation zu stark irrigiren oder Luft in die Trompete blasen. Man soll mehrere Tage lang vor der Operation mit Borsäure oder Carbollösung ausspritzen und Gurgeln lassen, mit gut gewaschenen Instrumenten und desinficirtem Fingernagel operiren.
Dr. P. K.

Die Trockenbehandlung der Nase und ihrer Nebenhöhlen. Von Dr. Bresgen. (Berliner klin. Wochenschrift No. 39, 1890.)

B. beschreibt die von ihm in der Abtheilung für Laryngologie und Rhinologie des X. internat. med. Congresses vorgezeigten und erläuterten Instrumente, deren er sich bei Eiterungen der Kiefer- und Stirnhöhle zu Einblasungen in dieselben, wie auch für die Nase selbst, bedient. In erstere Höhlen wird Jodol eingeblasen, und zwar täglich und so lange,

*) Berliner klin. Wochenschrift, pag. 205.

Digitized by Google

bis dasselbe bei der Kieferhöhle durch deren natürliche Oeffnung, bei der Stirnhöhle neben dem Röhrchen herausgetrieben wird. Heilungen wurden schon nach 14 Tagen beobachtet, was bei der früheren feuchten Behandlung niemals vorgekommen sei. Für das Naseninnere, besonders nach Aetzungen oder Galvanocaustik, hat sich Sozojodolkalium bewährt: bei starker Absonderung rein oder mit Jodol āā, bei Krustenbildung mit Borsäure āā. Auch bei Ozaena unterlässt jetzt B. das Ausspritzen der Nase mit Flüssigkeit; dafür wird, nach Entfernung der Borken mittelst wattenumwickelter Sonde, das ganze Innere täglich mit Sozojodolzink (Anfangs 1 : 10 Jodol, falls dies gut vertragen wird 2 : 10 Jodol) bestäubt.

Heinze.

Die Reactionserscheinungen nach Operationen in der Nase. Aus der Königl. Poliklinik für Hals- und Nasenkrankheiten. Von Dr. Treitel. (Berliner klin. Wochenschrift No. 16 u. 17, 1890.)

Während schwere Störungen, wie Pyämie und Gesichtsrose, nach Operationen in der Nase seit dem Bestande der Poliklinik nicht vorgekommen sind, ist „verhältnissmässig oft" Angina lacunaris als Nachkrankheit beobachtet worden, und zwar „ungleich häufiger" nach galvanocaustischen Eingriffen, besonders an der unteren Muschel, als nach solchen mit kalten Instrumenten. Der Verlauf derselben war günstig.

Heinze.

Empyem des Antrum Highmori. (Suppuration of the Antrum of Highmore.) Von Moreau R. Brown, Chicago, Ill. (The New-York Med. Journ., 19 Juli 1890.)

Verf. beobachtete in den letzten 18 Monaten 21 (!! Ref.) Fälle von Empyema antri, von denen 9 in Folge einer Erkältung (Schnupfen) entstanden waren, 8 von den Zähnen her, einer durch einen Polypen im Antrum und 3 aus unbekannter resp. zweifelhafter Ursache. Zur Feststellung der Diagnose spricht Br. sich für die bekannten Methoden aus, wie z. B. Probepunction, Durchleuchtung u. s. w., ohne jedoch von letzterer eine richtige Vorstellung zu haben, und fügt noch eine eigene Methode hinzu. Dieselbe besteht darin, dass man nach gehöriger Cocainisirung in den Hiatus semilunaris eine Lösung von Wasserstoffsuperoxyd (1 : 12 aqua) injicirt. Ist Eiter im Antrum vorhanden, so wird derselbe in Form eines weissen Schaumes herausgetrieben und der Patient klagt über leichte Schmerzen in der Wange. Die Operation, welche Br. vorschlägt, ist die Eröffnung des Antrum vom oberen Theil der Alveole oder gerade oberhalb der Alveole. Die Vorzüge bestehen darin, dass man die tiefste Stelle des Antrum trifft und dabei doch keinen Zahn zu opfern braucht.

W. Fr. (N.-Y.)

Rhinitis fibrinosa. (Pseudo-Membranous Rhinitis.) Von Henry Dwight Chapin, New-York. (The N.-Y. Med. Journ., 21. Juni 1890.)

An der Hand von 2 selbst beobachteten Fällen erörtert Verf. die Frage über den Zusammenhang dieser Krankheit mit Diphtherie und spricht sich in negativem Sinne aus. Die Diagnose sei per exclusionem zu machen und das Vorkommen überhaupt ein sehr seltenes. (Wiewohl Ref. in 5 Jahren nur einen derartigen Fall gesehen hat, kann er sich

Digitized by Google

doch nicht der letzteren Ansicht anschliessen. Die zuweilen äusserst geringen Beschwerden veranlassen wohl nur in seltenen Fällen die Hinzuziehung eines Arztes. Ausserdem könnte das nicht so seltene Vorkommen von Verwachsungen der mittleren Muschel mit dem Septum doch vielleicht als eine Folgeerscheinung der Rhinitis fibrinosa angesehen werden. Ref.)

W. Fr. (N.-Y.)

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Ein Beitrag zu den Verletzungen des Cavum pharyngeum. Von Dr. Emil Aronson in Libau. St. Petersburger Med. Wochenschr. No. 36, 1890.)

Die durch unglücklichen Zufall veranlasste Schussverletzung betrifft einen Förster, welcher sich dieselbe mit einem selbstgefertigten Gewehre zuzog. Rechterseits an der hinteren Rachenwand, in der Gegend der Mm. constrictor pharyng. sup. und med. sass das Projectil, welches Verfasser mit einem Langenbeck'schen Wundhaken heraushebelte, wo es in schräger Richtung eingewühlt war. Auffallend war, dass Patient trotz eines Zeitraumes von mehr als 12 Stunden den Fremdkörper im Halse gar nicht spürte und auch keine Schmerzen beim Schlingen hatte.

Szenes.

Ueber die Stellung der Stimmbänder beim ruhigen Athmen beim Menschen und über den Reflextonus ihrer Abductormuskeln. (On the position of the vocal cords in quiet respiration in man and on the reflextonus of their abductor muscles.) Von Dr. F. Semon, London. (Proceedings of the royal Society, Vol. 48, 1890.)

Es finden sich drei Ansichten über die Stellung der Stimmbänder bei ruhigem Athmen beim Menschen in der Literatur: 1) Rhythmisches Oeffnen und Schliessen der Glottis. 2) Ein Zustand der Ruhe bei weiterem Offenstehen der Glottis. 3) Die Glottis steht bei ruhigem Athmen in der Cadaverstellung. Die erstere Ansicht ist nach Beobachtungen bei Thieren einfach auf den Menschen übertragen worden. Sie findet sich aber nur in etwa 20 pCt. Der Unterschied zwischen der zweiten und dritten Ansicht ist von grosser Bedeutung, da, wenn die dritte Ansicht die richtige wäre, der Kehlkopf beim Athmen eine ganz passive Rolle spielen würde. Ist dagegen die Ansicht Rosenthal's, Vierordt's und Mackendrick's richtig, dass die Glottis in dem Falle weiter sei, als nach dem Tode, so fällt dem Kehlkopf eine wesentliche Rolle beim Athmen zu, indem dann die Erweiterer die Glottis offen erhalten. Sie gehören dann zu den ordentlichen Respirationsmuskeln und es kommt ihnen eine wesentlich bedeutendere Stelle zu, als ihnen bisher eingeräumt wurde. Verf. beweist nun diese Ansicht durch die Anführung von glaubwürdigen Beobachtern, durch directe vergleichende Messungen der Glottisweite bei ruhigem Athmen und nach dem Tode und durch die Ergebnisse von Versuchen an Thieren.

Unter allen Beobachtern behauptet nur Lennox Browne, dass die Glottis beide Male dieselbe Weite habe, alle Anderen sprechen sich dafür aus, dass sie nach dem Tode weniger weit sei. Bei den directen Messungen muss man in Betracht ziehen, dass dabei die Lichtstrahlen nach

Digitized by Google

dem Auge des Beobachters zusammenlaufen, wodurch die Glottis auf dem Spiegel etwas kleiner erscheint. Verf. hat diesen Unterschied bei Männern im Verhältniss von 1 : 1,36, bei Weibern von 1 : 1,27 gefunden. Durchschnittlich ist also die Glottis 5 Mm. weiter, als das Spiegelbild. Das Maximum bei Männern fand er zu 14 Mm. (einer wirklichen Weite von 19 Mm. entsprechend) und bei Weibern 12 Mm., das Minimum bei beiden 7 Mm. Die Weite der Cadaverstellung ist bei Männern 6—3, bei Weibern 6—2 Mm. (Bei diesen Verschiedenheiten ist auch der Ausdruck Cadaverstellung nicht mehr aufrecht zu erhalten.) Bei ruhigem Athmen ist also die Glottis mindestens doppelt so weit, als nach dem Tode.

Die Versuche von Durchschneidung der motorischen Kehlkopfnerven bei Thieren ändern sehr je nach dem Alter des Thieres und der Art. Verf. sucht den Unterschied in der geringeren Weite der Glottis, welche ohnehin das Lumen der Luftröhre mehr als ein Drittel verengert, bei jüngeren Thieren (auch bei Kindern). Die Versuche sind daher nur mit Vorsicht auf den Menschen zu übertragen. Soviel ergebe sich aber doch aus den mitgetheilten Beobachtungen schon aus dem Anfang dieses Jahrhunderts (Legallois), dass die Durchschneidung eine Verengerung der Glottis hervorrufe gegenüber der Stellung beim ruhigen Athmen.

Verf. beweist dann seine Ansicht, dass die Stellung durch eine active Muskelthätigkeit der Erweiterer bedingt sei, durch anatomische physiologische und klinische Thatsachen, aus welchen Ref. nur hervorheben will, dass Menschen mit Fixirung der Stimmbänder in der sogen. Cadaverstellung, auch wenn sie langsam eingetreten wäre, was immer einen bedeutenden Unterschied in Bezug auf die Beschwerden macht, höchstens bei ruhiger Lage des Körpers keine Beschwerden im Athmen haben, dass diese aber bei Bewegungen sofort eintreten. Dass auch bei Kindern in Folge der oben schon erwähnten grösseren Enge der Glottis durch einseitige Recurrenslähmung grössere Beschwerden eintreten, wie bei Erwachsenen, beweist ein von Sommerbrodt mitgetheilter Fall. Die Ansicht Rosenbach's, dass die Ab- und Adductoren als die Extensoren und Flexoren anzusehen seien, dass beide beständig Nervenimpulse empfingen und dass nur die Abductoren überwiegen, weil sie die stärkeren seien, ist unhaltbar, da sonst bei functionellen Lähmungen der Schliesser die Glottis weiter sein müsse, als normal, was aber die klinische Beobachtung nicht bestätigt. Ausserdem sind sie nicht stärker, ihre Kraft erlischt auch früher, als die der Adductoren. Namentlich aber giebt auch die Reizung des durchschnittenen Nerven eine Medianstellung des Stimmbandes, was nicht sein könnte, wenn die Erweiterer stärker wären. Wahrscheinlicher besteht von Anfang an eine Differenzirung der phonatorischen und der respiratorischen Muskeln. Die letzteren sind bei dem Athmen allein thätig und in einem andauernden Zustand des Semmitonus, um die durch Einfügung des Phonationsapparats hervorgebrachte Verengerung des Luftrohres auszugleichen. Durch weitere Thierversuche glaubt er noch, zu beweisen, dass dieser Tonus ein Reflextonus ist, der dem Centrum in der Medulla auf den Bahnen des Vagus, aber nicht ausschliesslich auf diesen zugeführt wird. Er kommt am Ende zu folgenden Schlüssen: 1) Die Glottis ist beim Menschen während des ruhigen Athmens weiter offen, als nach Durchschneidung des Vagus oder Recurrens oder als nach dem Tode. 2) Dieses Weiteroffenstehen ist das

Digitized by Google

Ergebniss einer andauernden Thätigkeit der Musc. cricoarytänoidei, diese sind also regelmässige Athemmuskeln. 3) Die Thätigkeit dieser Muskeln ist bedingt durch tonische Impulse, welche ihre ganglionären Centren von den benachbarten respiratorischen in der Medulla oblongata erhalten. Wahrscheinlich gehen diese Impulse rhythmisch durch bestimmte zuführende Fasern, welche hauptsächlich, aber nicht ausschliesslich in dem Nervus vagus verlaufen, sie werden in dem respiratorischen Centrum in tonische Impulse verändert. 4) Trotz ihrer besonderen Innervation sind die Abductoren schwächer wie die Antagonisten. 5) Diese Antagonisten haben von vorn herein nichts mit der Respiration zu thun, sie dienen in der Regel nur der Phonation. Ihre respiratorische Thätigkeit ist auf den Schutz vor dem Eindringen von Fremdkörpern und die Form von Exspiration beschränkt, welche wir beim Husten und Lachen kennen.

Dr. M. Schm.

Die Behandlung der Kehlkopf-Tuberculose. Vorgetragen in der königl. Gesellschaft der Aerzte zu Budapest am 22. Februar 1890 von Dr. Josef M. Neumann, Budapest. (Orvosi hetilap No. 15 u. 16, 1890. — Pester med.-chirurg. Presse No. 27–29, 1890.)

Verf. theilt die gegen Larynx-Tuberculose empfohlenen und angewendeten Mittel ihrer Natur und Wirkung nach in adstringente, antiseptische, analgetische und chirurgische Mittel ein; die Adstringentia finden ihre Anwendung bei den Catarrhen des Larynx und der Trachea, die Antiseptica bei offenen Ulcerationen, die Analgetica bei den schmerzhaften Endstadien und die chirurgische Behandlung geschieht zum Zwecke der Radicalheilung, oder als Palliativum: die Tracheotomie.

Den mit Lungenspitz-Catarrhen einhergehenden Kehlkopf- und Luftröhren-Catarrh hält Verf. für keine eigentliche Tuberkel-Krankheit, sondern nur für eine Theilerscheinung der Inclination für Catarrhe eines tuberculösen Individuums, und wird deshalb dieser, sowie andere Catarrhe, mit Adstringentien behandelt. Die von Verf. als antiseptisch bezeichnete Behandlungsmethode besteht in Anwendung solcher Mittel, die von ihren Fürsprechern zumeist als die Geschwüre heilende empfohlen wurden. Als solches wurde das Jodoform bei etwa 60 Kranken mit zufriedenstellendem Erfolge angewendet, und konnte sich Verf. mehrere Male auch von der schmerzstillenden Wirkung überzeugen, die manches Mal sogar die Wirkung des Cocain übertraf. — Jodol wurde bei nahezu 300 Kranken, bei ausgebreiteten Verschwärungen im Kehlkopf und am Kehldeckel mit vorgeschrittenem Lungenprocess, eingeblasen, die Wirkung war eine ähnliche, jedoch schwächere, als vom Jodoform. Vom Menthol wurde kein besonders günstiger Erfolg beobachtet.

Als Analgetica werden die Cocain-Einpinselungen erwähnt, die rasch und zart auszuführen sind, diesen folgte nach 5 Minuten eine Jodoform- oder Jodol-Einblasung, um die momentane Wirkung mit einer ständigeren zu verbinden. Ferner bei Dysphagie und Athemnoth kalte und Eisumschläge und Eispillen, wenn nämlich die Kälte keinen Hustenreiz bewirkte.

Zur chirurgischen Behandlung zählt Neumann all' die Eingriffe, mit welchen die kranken Parthien von gesunden, sei es auf chemischem, sei es auf mechanischem Wege, getrennt werden. Hier er-

Digitized by Google

wähnt Verf. unter Anderem die Milchsäure, die in seinen Fällen nicht blos die oberflächlichste Schicht zerstörte, sondern auch nach der Tiefe und Umgebung diffundirte, und anders könnte er auch nicht die Verwandlung des Geschwürs in einen viel grösseren, aber reinen Defect erklären. Und wenn auch nicht alle Fälle günstig verliefen, so soll doch die Milchsäure-Behandlung in jedem Falle umschriebener tuberculöser Larynx-Geschwüre versucht werden, insolange noch keine Perichondritis mit Oedem oder kein stetiges Fieber mit Kräfteverfall aufgetreten ist — Für das Curettement hält Verf. jene Fälle am geeignetsten, wo es sich um ein zu zerfallen beginnendes oder granulirendes, der Milchsäure widerstehendes, umschriebenes Infiltrat handelt. Der betreffende Kranke muss bei Kräften sein, um das gewonnene Resultat geniessen zu können. — Der Tracheotomie schreibt Neumann auch auf Grund seiner eigenen Erfahrungen eine wohlthuende Wirkung auf die Larynx-Tuberculose zu, nur ist es fraglich, ob sie auch für Fälle ohne Stenose des Kehlkopfs indicirt wäre, wie sie Schmidt für schwere Fälle von Larynx-Tuberculose bei relativ guten Lungen vorschlägt. Szenes.

Zur Pathologie der Tracheo- und Broncho-Stenose. Von Dr. Landgraf. (Deutsche med. Wochenschrift No. 3, 1890.)

Nach Erörterung der Symptomatologie, wobei die Nothwendigkeit des Versuchs der Tracheoscopie in allen Fällen betont wird, um den Sitz der Stenose zu eruiren, und nach Aufzählung der verschiedenen Ursachen der Stenose (einfache oder bösartige Strumen, Anschwellung der Lymphdrüsen an Lungenwurzel, Bifurcation und im Mediastinum, Mediastinaltumoren, Aortenaneurysmen, Syphilis, Carcinom, Sarcom, Polypen, chronische Blennorrhoe, chronische Hypertrophie der Wandungen, Fremdkörper) wird ein Fall von Trachealstenose mitgetheilt, welche L. auf hysterischen Ursprung zurückführt. Der 31jährige, seit ca. 1½ Jahr heisere, seit ¼ Jahr zunehmende Athemnoth zeigende, leicht erregbare Mann hatte lautes in- und exspiratorisches, bei Auflegen des Fingers auf die Trachea als Schwirren fühlbares Stenosengeräusch. Laryngoscopisch zeigte sich Röthung der nicht geschwollenen Stimmbänder und eine „hysterische Stimmbandlähmung". Der Kranke konnte willkürlich die Epiglottis aspiriren, die aryepiglottischen Falten in starke Schwingungen versetzen, wobei die Spitzen der Aryknorpel „ganz nach vorn in den Kehlkopf hineinsanken" und hierdurch das inspiratorische Schwirren erzeugten. Eine Sondirung der Trachea und der Bronchien, wobei die Sonde 39 Ctm. tief in den rechten, 35 Ctm. tief in den linken Bronchus eingeführt wurde, stiess auf kein Hinderniss, verschaffte aber sofort wesentliche Erleichterung. Nach 2maliger Wiederholung der Sondirung verschwanden die stenotischen Erscheinungen innerhalb 14 Tagen vollständig, und waren auch 7 Monate später noch nicht wiedergekehrt. Bezüglich der Entstehung der Stenose citirt L. nach Henle den Satz: „dass die hintere häutige Fläche der Trachea, welche gewöhnlich eine ebene Fläche bildet, wenn die Quermuskeln derselben sich contrahiren, in Form eines Längswulstes in die Trachea hervorrage," und glaubt, dass es plötzlich bei dem „hysterischen" Manne zu einer Contraction der Tracheal- und Bronchialmuskeln gekommen sei. Heinze.

Digitized by Google

Notiz.

Während des X. internation. med. Congresses in Berlin hatten die Theilnehmer der otiatrischen Section einstimmig beschlossen, dem Geschäftsführer dieser Section, Herrn Prof. A. Lucae, der um diese Zeit sein 25jähriges Docenten-Jubiläum beging, dadurch ihre Anerkennung an den Tag zu legen, dass sie ihn zum Präsidenten der Section erwählten und zur geeigneten Zeit ein Album mit den Photographien sämmtlicher Theilnehmer der Section überreichen wollen.

Diesem Beschlusse gemäss überreichten die Mandatare der Section, die Herren DDr. San.-Rath Dennert als der älteste und Jansen als der jüngste der Assistenten Prof. Lucae's — der jetzige langjährige klin. Assistent Dr. Jacobson war durch einen Trauerfall in seiner Familie verhindert —, sowie der Secretair der Section, Herr Dr. Krakauer, Herrn Prof. Lucae am 4. d. Mts. das Album, ein Meisterwerk modernen Kunstgewerbes, mit den Photographien, wobei Dr. Dennert in einer gelungenen Ansprache die Verdienste des Jubilars zur Geltung brachte und Dieser in seiner Antwort den Collegen seinen herzlichen Gruss und Dank aussprach mit der Versicherung, nach wie vor seinem otiatrischen Berufe zu leben und nach wie vor seine Kräfte in den Dienst der Wissenschaft stellen zu wollen.

Berichtigung.

In No. 12 der Monatsschrift Seite 359, Zeile 12, soll es statt „Schleimhaut der Paukenhöhle" heissen „Epidermis".

III. Inserate.

60 Specialabhandlungen aus dem Gebiete der Otologie. Preis 25 Mark.
Gustav Fock, Leipzig, Neumarkt.

INHALT.

I. Originalien: Kiesselbach: Stimmgabel und Stimmgabelversuche. — Szenes: Bericht über die Verhandlungen der otologischen Section des X. internationalen medicinischen Congresses zu Berlin (Fortsetzung). — Przedborski: Beitrag zur Kenntniss der Aetiologie, Diagnose und Therapie des Vorfalls der Schleimhaut der Morgagni'schen Taschen (Prolapsus vel hernia ventric. Morgagni). — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Bericht über die an der k. k. Wiener Universitäts-Klinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Josef Gruber im Jahre 1889 ambulatorisch behandelten Kranken (Fortsetzung). — Körner: Statistische Beiträge zur Kenntniss des otitischen Hirnabscesses. — Rumler: Ueber Regeneration und Narbenbildung des Trommelfells. — Treitel: Ueber die Erkrankungen des Gehörorgans bei Tabes dorsualis. — Jacobson: Bericht über Verhandlungen in der „Berliner medicinischen Gesellschaft" betreffend die operative Eröffnung des Warzenfortsatzes und die Perlgeschwulst im Schläfebein. — b) Rhinologische: Noquet: Ein Nasenstein. — Cartaz: Ueber einige Complicationen der Operation der adenoiden Pharynxnasaltumoren. — Bresgen: Die Trockenbehandlung der Nase und ihrer Nebenhöhlen. — Treitel: Die Reactionserscheinungen nach Operationen in der Nase. — Brown: Empyem des Antrum Highmori. — Chapin: Rhinitis fibrinosa. — c) Pharyngo-laryngologische: Aronson: Ein Beitrag zu den Verletzungen des Cavum pharyngeum. — Semon: Ueber die Stellung der Stimmbänder beim ruhigen Athmen beim Menschen und über den Reflextonus ihrer Abductormuskeln. — Neumann: Die Behandlung der Kehlkopf-Tuberculose. — Landgraf: Zur Pathologie der Tracheo- und Broncho-Stenose. — Notiz. — Berichtigung. — III. Inserate.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I. Freiung 7. zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Meidenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER	**Dr. N. RÜDINGER**	**Dr. v. SCHRÖTTER**	**Dr. WEBER-LIEL**
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**	o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**	Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**	Professor der Ohrenheilkunde in **Bonn.**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.

Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXV. **Berlin, Februar 1891.** **No. 2.**

I. Originalien.

Die Accumulatoren im Dienste der Laryngologie etc.

Von

Dr. med. **W. Lamann** in St. Petersburg.

Welche Bedeutung man den Accumulatoren als Errungenschaft in der Electrotechnik zuspricht, ersieht man aus der Sorgfalt und Liebe, mit der sich Gelehrte und Electrotechniker in den beiden letzten Decennien an das Studium und die Vervollkommnung dieser Apparate gemacht haben.

Tweritinoff[1]) beschreibt im Jahre 1888 — zum Theil mit Abbildungen — nicht weniger als 25 verschiedene Arten von Accumulatoren, die den Namen ihrer Erfinder tragen. Seit der Zeit ist ihre Zahl bedeutend grösser geworden. Mit jedem Jahre erschliessen sich neue Gebiete, auf denen die Accumulatoren zu diversen Zwecken, im Krieg und Frieden, Anwendung finden. Nur die Medicin, sicher aber unser Specialgebiet, hat sich in einem bedeutenden Grade diesem Fortschritt verschlossen. Dieser Umstand erscheint um so auffallender, als manche Schattenseiten der Accumulatoren, die auf andern Gebieten die Einführung dieser Apparate paralysiren, in unserem Specialfach gar nicht in Betracht kommen.

[1]) Tweritinoff: Die electrischen Accumulatoren, deren Formirung und Benutzung. St. Petersburg 1888 (in russischer Sprache).

Digitized by Google

Auf der russischen, von den grössten Firmen so reich beschickten Ausstellung für Hygiene und Medicin in St. Petersburg im Januar 1889 fand ich die Accumulatoren sehr schwach vertreten. „Dieselben würden von den Aerzten nicht verlangt", — ward mir wiederholt der Bescheid. Und wie steht es mit dieser Frage etwa in Deutschland? — Meines Wissens auch kaum anders. Bei meiner mehrmonatlichen Anwesenheit im vergangenen Jahre auf den Kliniken einer deutschen Hochschule habe ich von Accumulatoren Nichts gesehen. Dort auch bin ich mit Aerzten aus aller Herren Ländern zusammengekommen. Ich versäumte nicht, wo ich konnte, bei den Herren Collegen Erkundigungen über diese Apparate einzuziehen. Was ich zu hören bekam, bestätigte nur meine Ansicht, dass die Accumulatoren in unserem Fach viel zu wenig Beachtung gefunden haben. Ich will nicht bestreiten, dass hier und dort einzelne Collegen die Bedeutung der Accumulatoren nicht nur richtig gewürdigt haben, sondern sich auch ihrer bedienen, und zwar in dem Umfange, wie ich die Benutzung dieser Apparate sehen möchte. Es ist ja auch schon in der medicinischen Presse darauf hingewiesen worden. So ist in dieser Monatsschrift im Octoberheft 1883 von Dr. L. Bayer[2]) in Brüssel ein darauf bezüglicher, äusserst lesenswerther Artikel zu finden. Einen entschiedenen Erfolg haben die Accumulatoren jedoch bis jetzt sicher nicht aufzuweisen.

Zu Anfang des Jahres 1886 machte in meinem Beisein mein verehrter Chef und Lehrer, Dr. V. Müller, die ersten seiner Versuche mit der Anwendung der Accumulatoren in der Galvanocaustik. Die Bequemlichkeit und Eleganz beim Gebrauch derselben war in der ersten Sitzung entscheidend und der Ankauf der Accumulatoren sofort beschlossen. Seit der Zeit arbeiten wir ununterbrochen mit Accumulatoren, Dr. V. Müller — mit einer gemischten Batterie von Planté und Faure, ich — ausschliesslich mit Planté, die selbst herzustellen (zu „formiren") ich gelernt habe.

Wenn ich gegenwärtig in dieser Frage das Wort ergreife, so ist es, weil ich mich nach mehr denn vierjähriger Erfahrung mit dem Formiren, Umgang und Arbeit der Accumulatoren gewissermaassen verpflichtet fühle, den Herren Collegen das Resultat dieser Erfahrung zu unterbreiten.

Ehe ich zu einigen speciellen Fragen Stellung nehme, erlaube ich mir, hier in grossen Strichen die Accumulatoren zu skizziren. Mag dabei der Kenner auch nichts Neues herausfinden, so kann ich doch nicht umhin, hauptsächlich die practische Seite, die Vorzüge und Nachtheile dieser Apparate hervorzuheben. Ich übergehe die Formirungsidee und die chemischen Processe, die bei der Ladung, dem Ruhezustand und der Entladung der Accumulatoren vor sich gehen, welche Processe sehr complicirter Art und noch bis jetzt nicht definitiv in's Klare gebracht sind. Darüber muss sich der sich dafür Interessirende in speciellen Werken informiren[3]). Eine sehr lesenswerthe historische Skizze und kurze Erörterungen einiger Hauptfragen findet man in dem genannten Artikel von Dr. L. Bayer.

[2]) Dr. L. Bayer: Accumulator und Galvanocaustik.

[3]) Sehr zu empfehlen wäre die detaillirte Beschreibung in dem Werke „Recherches sur l'électricité", par Gaston Planté. Paris 1879.

Digitized by Google

Die Accumulatoren oder richtiger „Secundärelemente“[4]) sind, wie bekannt, an sich keine primären Stromerzeuger. Nur nach einem durch dieselben geleiteten Strome von einer gewissen Spannung erscheinen sie chargirt.

Diese elektrische Ladung halten Accum. aller Systeme viele Wochen hindurch (allerdings immer schwächer werdend), um bei Kettenschluss zu jeder Zeit ihrerseits einen Strom zu erzeugen. Die Accum. sind also nur Vermittler des Stromes, und zwar recht theure Vermittler, weil dabei 20—30 pCt. der ursprünglich angewandten Energie verloren geht. Dieser Umstand bildet sicher eine Schattenseite der Accum., denn er vertheuert entschieden den Gebrauch derselben. Doch ist dieser Umstand nur dort zu berücksichtigen, wo enorme Massen von Elektricität in Anwendung kommen, z. B. bei Beleuchtung öffentlicher Gebäude. In unserem Fach, wo wir selbst bei elektrischer Beleuchtung nur „im Kleinen“ arbeiten, d. h. einer verhältnissmässig geringen Coulombzahl bedürfen, ist dieser Verlust nicht ernst zu nehmen. Wenn ich meine 4—5 Accum. Planté[5]) mit zwei Bunsen'schen Kalibichromatelementen lade, so beträgt der Kostenpreis einer jeden Ladung, wenn ich haushälterisch walte (die Abnutzung der Primärelemente mitgerechnet) höchstens den eines Liters Bier — um mich eines internationalen Maasses zu bedienen. Was thut es weiter, dass ich dabei vielleicht volle 30 pCt. der ursprünglichen Energie verliere, wenn mir die Ladung nur gute Dienste leistet. — Die electromotorische Kraft der Accum. wird mit 1,85 Volts ausgedrückt. Sofort nach der Ladung ist diese Kraft noch höher — 2,2[6]). Doch fällt sie

[4]) Die Secundärelemente führen eigentlich fälschlich den Namen „Accumulatoren“, siehe Dr. R. Lewandowsky: Electrodiagnostik und Electrotherapie. 1887. Seite 17.

[5]) Die Accum. Planté, wie ich sie mir formire, bestehen aus zwei Bleiplatten, eine jede von 63 Ctm. Länge bei 13 Ctm. Breite. Untergebracht sind dieselben in Glascylindern von 17 Ctm. Höhe und 11 Ctm. Durchmesser. Ich benutze dickere Bleiplatten, als sie ursprünglich von Planté empfohlen, nämlich 2,0—2,8 Mmtr. — Warum arbeite ich mit Planté und nicht mit Massenaccumulatoren, die doch gegenwärtig fast ausschliesslich im Gebrauche sind? Eigentlich beruht das auf Liebhaberei, denn man kann sowohl zu Gunsten des Massenaccum. (Faure, Gadot, Nézeraux, Hering u. a.), als auch zu Gunsten der superficiellen Accum. (Planté, Kabath) Manches vorführen. Die Massenaccum. fassen allerdings im Vergleich zu Planté eine grössere Coulombzahl (was namentlich bei Beleuchtungszwecken zu berücksichtigen wäre). Die Massenaccum. lassen sich bequem in 2—3 Wochen formiren, während ein Planté wohl kaum früher als in einem halben Jahre hergestellt werden kann, dementsprechend auch theurer ist. Andererseits sind alle Fachmänner voll des Lobes über die Leistungsfähigkeit eines regelrecht formirten Planté's hinsichts grösserer Dauerhaftigkeit. Die Bleihyperoxydmasse, weil chemisch erzeugt, löst sich hier schwieriger ab, als bei den Massenaccumulatoren.

[6]) Hier möchte ich auf einen Irrthum hinweisen, der Dr. L. Bayer unterlaufen ist, eine grosse practische Bedeutung hat und den Leser seines Artikels irre führen könnte. Er sagt S. 194: „Nach meiner Erfahrung ist sehr anzurathen, die Accum. nicht gleich nach der Chargirung za benutzen, sondern dieselben ein paar Tage in Ruhe zu lassen.“ Der Nichtberücksichtigung dieses Umstandes hätte er es zuzuschreiben, dass im Beisein Voltolini's beim Experimentiren mit den Accum. das gewünschte Resultat ausblieb. Nun, es könnte ja mehr als eine Ursache geben, weshalb die Sache mit einem angeblich char-

Digitized by Google

schnell, schon nach 2 — 3 Minuten, bis auf die angegebene Voltenzahl, bleibt aber auch dafür dauernd auf dieser gleichen Höhe. Die Accum. geben somit einen gleichmässigen, mit der Tauchbatterie gar nicht zu vergleichenden Strom. Graphisch ausgedrückt, ist die Curve der Stromstärke einer beliebigen Tauchbatterie in beständigem und zwar rapidem Sinken begriffen, natürlich in Folge der Polarisation, die im Accum. wenig zum Ausdruck kommt. Polarisationslose Batterien in bequemer Form giebt es bis jetzt nicht, trotz des vielen Lärms. Dieser Umstand giebt den Accum. namentlich zu Beleuchtungszwecken vor den Tauchbatterien einen enormen Vortheil, denn Gleichmässigkeit des Stromes ist hier von der grössten Bedeutung. — Eine Tauchbatterie nutzt sich um so mehr ab, je mehr man mit ihr arbeitet. Ein Accum. hingegen wird durch seine Benutzung von Jahr zu Jahr entschieden besser, d. h. er fasst eine stets steigende Coulombzahl einerseits, andererseits hält er die Ladung länger. Die gesammte Arbeitsdauer mancher Accum. soll 3000 Arbeitsstunden betragen. Doch werden diese Apparate in den Händen des Arztes selten an „Erschöpfung", d. h. vollständiger Hyperoxydation der positiven Platte, zu Grunde gehen, denn eine Arbeitsdauer von 3000 Stunden ist bei uns selbst bei Beleuchtungszwecken nicht so leicht zu erreichen. Oefters wird der Grund der Arbeitsunfähigkeit des Apparates anderswo zu suchen sein.

Die beiden Polausleitungen, die durch den Deckel heraustreten, bilden mit den Bleiplatten ein Ganzes. Die Praxis zeigt nun, dass die 10procentige Schwefelsäurelösung des Accum. diese Polleitungen, hauptsächlich im Niveau der Flüssigkeit, mit den Jahren so stark angreift, dass diese total morsch werden und die Leitung unterbrochen wird. Das sind mit die schlimmsten Fälle, denn wenn diesem noch abgeholfen werden kann, so ist das doch nur von kunstgerechten Händen zu erwarten. Doch giebt es noch andere Zufälle. So nimmt mit der Arbeitsdauer in Folge der Hyperoxydation die Dicke der positiven Platte zu. Liegt nun die negative Platte in nächster Nähe der positiven, so kann in Folge der Volumenzunahme ein oft schwer zu beseitigender Contact entstehen. Ungefährlich ist es, wenn sich ferner, namentlich bei zu starken Strömen beim Laden, durch übermässige Gasbildung oder auch aus andern Gründen, kleinere oder grössere Plättchen oder Stücke von der Bleihyperoxydmasse loslösen, mit beiden Polen in Contact kommen und — wenn sie namentlich durch den Wasserstoff der negativen Platte zum Theil reducirt werden — eine mehr oder weniger schnelle Entladung hervorrufen.[7])

girten Accum. nicht „klappt". — Es ist gerade das Gegentheil zu behaupten. Als mir vor einigen Jahren noch nicht so viele Accum. zur Verfügung standen, wie jetzt, war ich öfters auf die höchste electromotorische Kraft eines einzigen Accum. angewiesen (z. B. um einen massiv gearbeiteten Cauter mit einem Accum. zum Glühen zu bringen). In solchen Fällen löste ich den Accum. aus seiner Verbindung mit den Bunsen'schen Elementen erst in dem Moment, wo Alles zur Operation bereit war, bis auf das Anschrauben der Leitungsdrähte an den Accum. Es besteht gar kein triftiger Grund, dem frisch chargirten Accum. eine Ruhepause zu gönnen; er kann sofort benutzt werden.

[7]) Um dem abzuhelfen, genügt es meistens, den Accum. aus dem Gefäss herauszunehmen nnd ihn unter dem kräftigen Strahl einer Wasserleitung gründlich auszuwaschen. Diesem Vorkommnisse vorbeugend, beobachte ich Folgendes:

Digitized by Google

— Während eine jede Tauchbatterie mit der grössten Sorgfalt behandelt werden will, hat man sich um das Innere eines Accum. monatelang gar nicht zu kümmern. Die beiden zum Laden nöthigen Bunsen'schen Kalibichromatelemente brauchen gar nicht so sehr sauber gehalten zu werden. Man thut nur gut, um der Crystallisation des Chromalauns in den Thoncylindern und dem daraus resultirenden Platzen derselben vorzubeugen, sie stets im Wasser zu halten. Wie Dr. L. Bayer richtig hingewiesen hat, kann man einen Accum. auch mit anderen Elementen (Meidinger, Daniell, Poggendorf u. a.) laden, nur müssen stets so viele dieser Elemente genommen werden, dass ihre gesammte electromotorische Kraft grösser ist, als die eines Accum., d. h. 2,2 Volts übersteigen. — Wie ich mich überzeugt habe, ist unter den Herren Collegen die irrige Ansicht stark vertreten, dass man zum Chargiren nur Dynamomaschinen verwenden könne. Man ist der Meinung, die Ergebnisse der allgemeinen electrotechnischen Praxis in der Frage der Chargirung direct oder in toto auf unser Specialgebiet übertragen zu können. Die Electrotechnik weist, und mit Recht, die Chargirung der Accum. durch Primärelemente im Allgemeinen als enorm kostspielig von der Hand. Dabei hat der Electrotechniker jedoch nicht das Arbeitszimmer des Arztes, sondern die Anwendnng der Accum. als treibende Kraft oder zur Beleuchtung öffentlicher Gebäude, Schiffe etc. im Auge. Wir müssen nicht vergessen, dass wir „im Kleinen" arbeiten und daher der Verbrauch der Chemicalien die Sache durchaus nicht so sehr vertheuert. Es wäre sogar unmöglich, dass der Transport und die Chargirung auf einer Centralstation einiger kleiner Accum., im Gewicht von etwa 6—8 Kgrmm. jeder — was für unsern Zweck vollkommen ausreicht — sogar theurer kosten würde, als die Ladung mit einem chemisch erzeugten Strome. Dass die Chargirung grösserer Accum. auf Centralstationen billiger zu stehen kommt, will ich durchaus nicht bestreiten. Ich habe hier nur im Auge, darauf hinzuweisen, dass wir für unsere Zwecke ganz gut mit chemisch erzeugtem Strome auskommen können und nicht erst mit der Anwendung der Accum. so lange zu warten brauchen, bis eine Centralstation zur Disposition steht.

(Schluss folgt.)

Bericht
über die Verhandlungen der otologischen Section des X. internationalen medicinischen Congresses zu Berlin.

Von

Dr. **Sigismund Szenes** in Budapest.

(Schluss.)

35) Secchi (Bologna): Experimentale Untersuchungen zur Physiologie des mittleren Ohres.

Die Mechanik der Gehörknöchelchen ist trotz der bewunderungs-

---

Sobald ich merke, dass beim Chargiren die Gasentwickelung zu lebhaft wird, schalte ich schnell noch einen zweiten Accum. ein — indem ich sie natürlich gleichnamig (nebeneinander) zur Kette verbinde —, um den Strom um Einiges abzuschwächen.

Digitized by Google

würdigen Arbeiten Helmholtz's nicht in der Weise erforscht, um viele Vorgänge, denen wir in der Heilkunde begegnen, zu erklären. Dies bewog S. zu den Forschungen, die er im physiologischen Laboratorium zu Bologna anstellte. Die Experimente sind an Katzen und Hunden gemacht, und zwar folgendermaassen: Nachdem das Thier fixirt und ihm der Luftröhrenschnitt gemacht und auch eine Canüle in den oberen Theil der Trachea eingelegt wurde, um gewünschten Falles constatiren zu können, ob die Nasenwege frei wären, hat S. die Bulla ossea freigelegt und in eine darin angebrachte und in die Höhlung dringende Oeffnung eine luftdicht abschliessende Canüle geschraubt und daran ein Alcohol-Manometer angebracht. — Das Ergebniss der Beobachtungen war:

a) Die Luft der Trommelhöhle steht nicht im Gleichgewicht des Druckes mit der äusseren Luft, sondern unter einem etwa 3 Mmtr. Alcohol höheren Druck. — b) Dieser Druck wird gewöhnlich durch das Schlucken veranlasst, kann es jedoch auch durch die Thätigkeit der Muskeln der Trommelhöhle werden. — c) Zuerst ergiebt sich beim Schlucken gewöhnlich eine Abnahme des Druckes von ca. 1 Mmtr., auffallender, wenn die Luft in der Höhle zuvor künstlich unter dem gleichen oder einem geringeren Druck als der äussere gebracht ist, sodann steigt der Druck plötzlich auf ungefähr + 3 Mmtr., was der Thätigkeit der Muskeln der Tuba zuzuschreiben ist. — d) Der endotympanische Druck erhöht sich bei jedem, auch dem leisesten Ton, der die Aufmerksamkeit des Thieres, an dem experimentirt wird, auf sich zieht, während er unverändert bleiben kann bei selbst lauteren, aber dem Thiere wohlbekannten Tönen. — e) Der endotympanische Druck ist der grösste — bis 7—8 Mmtr. — unter der Einwirkung acuter oder sehr intensiver, zumal unerwartet gehörter Töne. — f) Wenn in derselben Zeit, zu der ein Ton eine besagte Steigerung hervorbringt, in Intervallen andere intensivere und sich schneller folgende Töne hervorgebracht werden, so zeigt das Manometer ebenso viele entsprechende Erhebungen. — g) Der Taktmesser (Metronom) weist die gleiche Anzahl von Drucksteigerungen auf, als es Schläge waren, aber über 80 hinaus werden die manometrischen Schwankungen immer behinderter, bis sie in eine einzige zusammenschmelzen. — h) Die Drucksteigerung durch Töne findet auch dann statt, wenn der Druck in der Höhle ein negativer oder ein viel höherer als der normal positive ist, sie wird aber um so augenscheinlicher und weitgehender sein, wenn sie unter dem positiven, dem Thiere eigenen Drucke erfolgt. — i) Der Druck erhöht sich durch die verschiedenen Vocale, jedoch mehr durch a, e und o, als durch i und u. — j) Ein einziges Mal ist es S. gelungen, die Sehne des Tensor tympani zu zerschneiden, und dann sah man augenscheinlichst den endotympanischen Druck unter der Thätigkeit der acuten und intensiven Töne abnehmen.

S. gedenkt seine Versuche noch weiter fortzusetzen und will nach Beendigung derselben die Forschungen ausführlich veröffentlichen, zugleich mit klinischen und experimentalen Beobachtungen über den Menschen. Doch ist er schon heute geneigt, anzunehmen, dass die Schallwellen sich nicht so durch die Knöchelchen als vielmehr auf dem Luftwege der Schnecke mittheilen, indessen nicht in der Art, wie es die Alten dachten, sondern vielmehr nach dem Principe Pascal's, von der Membrana tympani nach der des runden Fensters.

Digitized by Google

36) Jansen (Berlin): Ohrenentzündungen nach Influenza; nach Beobachtungen in der Berliner Universitäts-Ohrenklinik.

Vom 10. December 1889 bis 31. Januar 1890 hatten von 868 Kranken 300 mit acuter Mittelohrentzündung vorgesprochen, und unter diesen konnte 110 Mal mit Sicherheit Influenza nachgewiesen werden. Im Februar, und selbst im März, kamen noch einige Influenza-Otitiden vor, um Weihnachten war die grösste Steigerung zu bemerken. Der Procentsatz derselben stieg im December auf 37, im Januar auf 29, während er sonst 11—17 pCt. betrug. — Nur eine kleine Anzahl der Fälle verlief unter dem Bilde einer acuten Mittelohrentzündung ohne Eiterung; in den meisten Fällen handelte es sich um profuse Eiterungen, in einigen Fällen auch um Haemorrhagien, wie sie übrigens in der Berliner Universitäts-Ohrenklinik in jedem Monate beobachtet und nicht als etwas Besonderes angesehen werden können. Die Häufigkeit dieser Haemorrhagien war zwar vielleicht etwas grösser als sonst, jedoch nicht so gross, als andere Beobachter angegeben haben. Häufig wurden Granulationen beobachtet, ein Mal Exfolation des Hammers. Der Sitz der Perforation war verschieden, mehrfache Perforationen wurden einige Male beobachtet. In 57 Fällen griff die Entzündung auf den Warzenfortsatz über.

Durch frühzeitige Paracentese, meist auf galvanocaustischem Wege mit dem Kuppelbrenner, wurde für freien Eiterabfluss gesorgt. — In 25 Fällen wurde die Aufmeisselung des Warzenfortsatzes gemacht, doch sind noch weitere 10 Aufmeisselungen auf Conto der Influenza zu setzen. Die Erkrankung des Knochens war in allen Fällen sehr ausgedehnt; in allen, bis auf 6 Fällen, waren Fisteln vorhanden, 6 Mal mit Senkungsabscessen, 12 Mal subdurale Abscesse. Das Antrum zeigte sich stets erkrankt, auch in den Fällen, wo der Knochen nahe am Antrum von grosser Härte und anscheinend nicht erkrankt gefunden wurde; kein einziger Fall kann als primäre Ostitis aufgefasst werden. Das Antrum wurde in allen bis auf einen Fall eröffnet. Durchspülungen der Paukenhöhle wurden nicht gemacht. Der Verband blieb 5—7 Tage liegen. Alle Kranken wurden geheilt, bis auf 2, bei denen der Exitus letalis eintrat. Das Gehör wurde fast stets gut, nur ein Mal sehr schlecht, war aber vor der acuten Erkrankung schon schlecht. Die Heilung erfolgte zwischen 33—145 Tagen; 8 Mal in 30—50 Tagen, 4 Mal in einigen 50 Tagen, 6 Mal in 60—80 Tagen, 5 Mal in 104—145 Tagen. — 2 Mal wurde zu spät gemeisselt, das eine Mal bestand zur Zeit der Operation bereits Meningitis, das andere Mal Sinusthrombose; im letzten Falle machte eine metastatische Lungenembolie mit jauchiger Pleuritis dem Leben ein Ende. Angesichts der grossen Zahl subduraler Abscesse, welche oft ohne Symptome verlaufen waren, empfiehlt J., stets sehr gründlich zu operiren und es nie mit der Wilde'schen Incision oder mit oberflächlichem Ausschaben einer Fistel abzuthun.

Das Vorhandensein einer Influenza-Form der Otitis mit mehr oder weniger characterisirten Eigenschaften konnte nicht bestätigt werden.

37) Ludewig (Halle a. S.): Ueber Influenza-Otitis auf Grund der in der Halle'schen Universitäts-Ohrenklinik gemachten Erfahrungen.

In Halle grassirte die Krankheit während der Monate December (1889) und Januar (1890), und kamen während dieser Zeit acute Mittel-

Digitized by Google

ohrentzündungen 129 Mal zur Behandlung; in 47 Fällen gaben die Patienten selbst den Zusammenhang der Otitis mit der Influenza an, unter den übrigen 82 Fällen konnte die Hälfte der Fälle ebenfalls mit Sicherheit der Pandemie zur Last gelegt werden; doch auch Februar brachte noch 37 und die erste Hälfte des März 12 Fälle von acuter Erkrankung des Mittelohres. Ein pathognostisches Characteristicum hat sich aus den Fällen nicht ergeben, doch griff häufig die Entzündung auf den Knochen über und nicht selten wurde acute Caries des Warzenfortsatzes beobachtet. Die Stelle des spontanen Trommelfelldurchbruchs war keine typische, die mit der Otitis einhergegangenen Schmerzen strahlten zuweilen in die Stirn und die Kiefer aus, in einzelnen Fällen bestand Schmerzhaftigkeit der Stirn- und Keilbeinhöhlen und die Schwerhörigkeit war oft unter geringer Flüssigkeitsansammlung in der Paukenhöhle eine auffallend grosse und überdauerte einige Male den Ablauf der Entzündungserscheinungen um ein Bedeutendes. Die Therapie war stets eine schulgemässe

38) Szenes (Budapest): Einige Notizen über die Erkrankungen des Ohres während der letzten Influenza-Epidemie.*)

Discussion.

Patrzek (Oppeln) glaubt, dass die Microorganismen in den Buchten den Paukenhöhle lagern, bis sie durch einen gelegentlichen Reiz zur Entwickelung gelangen und aus diesem Grunde im Secrete der Otitis nachgewiesen werden.

Guranowsky (Warschau) hat 41 Fälle von Influenza-Otitis ausschliesslich an Erwachsenen beobachtet; er unterscheidet 2 Formen, die Otitis media catarrhalis acuta und die eitrige.

Shirmunsky (Petersburg) hat auffallender Weise das gleichzeitige Auftreten von Myringitis bullosa mit dem acuten Nasenrachencatarrh gesehen, ohne dass die Paukenhöhle dabei afficirt gewesen wäre.

Zaufal (Prag) fand gleichfalls häufig die haemorrhagische Form der Influenza-Otitis und fand in einem paracentesirten Falle Streptococcus pyogenes albus-Reinculturen. Während der Epidemie verliefen die Fälle ohne Complication und erst im Monate März und später kamen mehrere Fälle von Warzenfortsatzerkrankungen zur Beobachtung, deren Ursprung sich auf den Beginn der Influenza zurückführen liess. Bezüglich der Erklärung des Wesens der Krankheit schliesst sich Z. der jüngsten Anschauung von Klebs an.

Schwabach (Berlin) kann die Blutungen unmöglich als Zufall ansehen und findet es auffallend, dass sie nicht in Halle beobachtet wurden. Im Gegensatz zu den übrigen Beobachtern hatte er unter über 100 Fällen nur 2 Mal Mitaffection des Warzenfortsatzes gesehen. Wenn auch der Verlauf der in Folge der Influenza entstandenen Otitis ein günstiger war, kann sie durchaus nicht für harmlos angesehen werden, wie dies manche Autoren behaupten.

Kuhn (Strassburg) glaubt, dass die Otitis immer mit eigenthümlich characteristischen Symptomen zu sehen war, es scheint dies um so natürlicher, als auch bei den übrigen Organen Blutungen häufig genug

*) Siehe den ganzen Vortrag in extenso in No. 11 und 12, 1890 dieser Monatsschrift. Ref.

Digitized by Google

gefunden wurden. K. ist der Ansicht, dass es sich bei den Trommelfellblutungen um hyaline Thrombose der Blutgefässe handelte.

Stimmel (Leipzig) fand im Gegensatze zu den Mittheilungen Ludewig's in der Nachbarstadt Leipzig unter 100 Fällen 12 Mal Myringitis apoplectica. Das Bild erinnerte an die Schilderungen der Myringitis haemorrhagica, welche Wendt bei der Otitis media einer Variolaepidemie fand. — Die beobachtete Mitaffection des Warzenfortsatzes ging in S.'s Fällen auf Anwendung der Eisblase vollständig zurück.

Jansen und Szenes machen schliesslich noch einige berichtigende Bemerkungen zur Erklärung der in ihren Vorträgen hervorgehobenen Momente.

X. (Schluss-) Sitzung am 9. August Vormittags.*)

Vorsitzender: Privatdocent Gradenigo (Turin).

39) Lucae demonstrirt einige von Aschendorf (Wiesbaden) eingesandte kleine Hörrohr-Modelle.

40) Wegener (Halle a. S.): Schwartze's Methode der Cholesteatom-Operation.

Um die Häufigkeit der Recidive zu verhindern, wird empfohlen, eine grosse persistente Oeffnung im Warzenfortsatze anzulegen, durch welche eine Einheilung von Hautlappen in die Höhle zum Theile mit befriedigendem Erfolge angestrebt wird. Auf diese Weise wird es ermöglicht, die eventuell neu entstehenden Cholesteatommassen stets entfernen zu können. Zur Verhütung der Membranbildung hat sich an der Hallenser Ohrenklinik das Jodoformglycerin von einigem Nutzen erwiesen. Ueber die Oeffnung haben die Kranken eine Schutzplatte zu tragen.

Discussion:

Hartmann (Berlin) glaubt, dass man eine dauernde Heilung auch dann erzielen kann, wenn man vom Gehörgange aus eine dauernde Oeffnung nach dem Antrum und nach dem Kuppelraume herstellt. Die neugebildeten Massen lassen sich vom Gehörgange aus mit Sonde, Löffel oder durch Ausspülungen entfernen und tritt darnach Heilung ein, ohne dass der Patient während seines ganzen Lebens eine Oeffnung hinter dem Ohre zu tragen hat.

Jansen (Berlin) hält die Entfernung alles Krankhaften allerdings für schwierig, aber für das einzige Mittel, eine vollständige und dauernde Heilung ohne Fistelbildung zu erzielen, daher soll in jedem einzelnen Falle die radicale Entfernung nach Möglichkeit erstrebt und durch Verbesserung der Operationsmethode die Grenzen des operativen Vorgehens so weit hinausgeschoben werden, als es die anatomischen Verhältnisse gestatten. Die Eröffnung vom Gehörgange aus, wie sie Hartmann vorschlägt, ist ungenügend; man kann weder die Höhle vollständig über-

*) Diese Sitzung wurde im Ordinationssaale der königlichen Universitäts-Ohrenklinik abgehalten und nach Schluss derselben besichtigten die Mitglieder letztere, wobei Prof. Lucae auch einige interessante Fälle der stationären Klinik demonstrirte. Ref.

Digitized by Google

sehen und abtasten, noch alles Kranke entfernen. Das sind aber die ersten Erfordernisse, welche an jede Operationsmethode bei Cholesteatom gestellt werden müssen, so lange man das Ziel der Heilung erreichen will. Diese Methode ist daher als völlig ungenügend und unchirurgisch aufzugeben. — Jedes Cholesteatom soll mit breitester Aufmeisselung von der äusseren Oberfläche des Warzenfortsatzes aus behandelt werden; ferner ist es wichtig, bei der Wundbehandlung die glasige Membran, welche sich mit fester Hartnäckigkeit über die Wundfläche auszudehnen sucht, stets zu entfernen. Nur dadurch wird die Ausfüllung der Wundhöhle mit Granulationen und die schliessliche Vernarbung ermöglicht und die Bildung einer persistenten Fistel verhütet.

Hessler (Halle a. S.) spricht sich gegen Hartmann entschieden für die Schwartze'sche Methode aus.

41) Vohsen (Frankfurt a. M.): Ueber die Operationsmethode der otitischen Hirnabscesse; Fall von otitischem Kleinhirnabscess mit Demonstration des Präparates.

Der von Vohsen und Harbordt operirte Fall betraf einen 14jähr. Schlosserlehrling, der seit der Kindheit an rechtsseitiger Otorrhoe litt. Nach Entfernung polypöser, den Gehörgang ausfüllender Wucherungen dringt die Sonde im knöchernen Gehörgang nach hinten in's Antrum. Aufmeisselung des Processus fördert Cholesteatom und Jauche zu Tage. Innere Lamelle über dem Sinus defect. Im weiteren Verlauf wurde der Sinus in 10-Pfennigstückgrösse blossgelegt. Eine Fisteläffnung in der Dura über dem Sinus, die dauernd rahmartigen Eiter entleerte, war mit der Sonde nicht zu verfolgen. Beim Sondirungsversuch wiederholte Blutung aus dem Sinus. Die Fistel und bestehende Stauungspapille links führten zur Annahme eines Hirnabsesses, da bei der Blutung aus dem Sinus ein eitrig zerfallener Thrombus desselben nicht anzunehmen war. Zunächst wurde die Trepanation auf den Schläfenlappen von der Oeffnung im Warzenfortsatz aus durch Abtragung der oberen Gehörgangswand vorgenommen. Hierzu empfiehlt sich ein flacherer Meissel, als die zur Aufmeisselung des Processus gebräuchlichen. Punction der gespannten, nicht pulsirenden Dura nach 3 Richtungen ohne Erfolg. Nach einigen Tagen Trepanation auf's Kleinhirn vom Os occipitis aus und Eröffnung eines Abscesses im Kleinhirn. — Tod 14 Tage nach letzterwähnter Operation. Section ergiebt Septicämie, zahlreiche lobuläre pneumonische Herde, metastatische Grosshirnabscesse, grosse Abscesshöhle im Kleinhirn, ausgehend von eitrig zerfallenem Thrombus des Sinus transversus, der sich bis zur Mündung der Vena jugularis in die Subclavia fortsetzt. — Ausser diesem Fall ist nur einer von Mac Ewen veröffentlicht, wo von gleicher Stelle auf dem Schläfenlappen trepanirt wurde. Und doch erscheint dieser Weg der Blosslegung der Dura als der natürlichste, sich von selbst ergebende. Wenn ein vermutheter Gehirnabscess ätiologisch auf ein Trauma oder einen cariösen Process am Schädel zurückgeführt werden kann, so werden wir chirurgisch doch von der entsprechenden Stelle aus vorgehen. Warum soll es beim otitischen Schläfenlappenabscess anders sein? (Für die Kleinhirnabscesse wird sich des zwischen ihnen und dem erkrankten Felsenbein liegenden Sinus transversus wegen wohl meist der auch in diesem Falle eingeschlagene gebräuchliche Weg empfehlen, der aber auch, wie Zaufal's, Politzer's

Digitized by Google

und Salzer's Veröffentlichungen zeigen, zu Gunsten der Eröffnung von der Sinusgegend aus verlassen werden kann.) Stellen wir die Diagnose eines Schläfenlappenabscesses, der von einer Caries des Felsenbeins seinen Ursprung nahm, so sollen wir auch von der Ausgangsstelle der Erkrankung aus vorgehen. Wir haben alsdann nicht nur die Aussicht, den Abscess mit grösserer Wahrscheinlichkeit zu eröffnen, sondern auch seinen tiefsten Punkt zu treffen. Weiter hat diese Methode den Vorzug, eine Verletzung des bei höherer Trepanationsstelle leicht zu treffenden Meningeal-Astes zu vermeiden, der 1—2 Ctm. oberhalb der in diesem Falle gewählten Trepanationsstelle verläuft. Die technische Schwierigkeit der Operation verringert sich mit der Grösse der im Processus angelegten Oeffnung. Im vorliegenden Fall wurde die Grenze der Trepanationsöffnung nach hinten durch die obere Kante der Pyramide gegeben, auf der der Sinus petrosus superior verläuft und die man sicher erkennen konnte, da jenseits der als Spange stehen bleibenden Kante die Oeffnung lag, durch welche der Sinus transversus zu Tage trat. — Wie wichtig die stets bei otitischem Hirnabscess zu fordernde primäre Aufmeisselung des Warzenfortsatzes ist, zeigt ein zugleich mit diesem Fall von Pinner im ärztlichen Verein zu Frankfurt mitgetheilter Fall. Ein aus bestehender Otitis media purulenta, Stauungspapille und aphasischen Symptomen diagnosticirter linksseitiger Schläfenlappenabscess wurde von Pinner durch Trepanation oberhalb des Ohres glücklich entleert und das Heilresultat schien ein vollkommenes zu werden. Nach mehreren Wochen Tod. Die Section ergab einen weiteren Hirnabscess und Cholesteatom des Felsenbeins, dessen Trepanation bei der ersten Operation auf spätere Zeit verschoben worden war. Von einem ähnlichen Schicksal hätte auch der bekannte, von v. Bergmann operirte Fall getroffen werden können, in welchem auch die Heilung der Mittelohreiterung, von der doch der Abscess ausging, erst dann operativ angestrebt wurde, als der Abscess bereits operirt und geheilt war. Der im vorliegenden Fall eingeschlagene Weg der Trepanation auf dem Schläfenlappen ist der logische beim otitischen Hirnabscess und schliesst die Gefahr aus, die aus noch bestehenden Erkrankungen des Mittelohrs für den Patienten droht.

Discussion:

Jansen (Berlin) erwähnt, dass man an der Berliner Universitäts-Ohrenklinik in 3 oder 4 Fällen nach der Eröffnung des Warzenfortsatzes die Freilegung der Dura in grösserer Ausdehnung vom Warzenfortsatze aus durch Fortnahme von dessen hinterer oberer Wand vornahm, ohne durch Fisteln oder Caries an der Tabula interna geleitet zu werden. Es waren das nie intradurale Abscesse, sondern extradurale, und wurde der Eiterherd, wenn nöthig, durch nachfolgende Fortmeisselung der Schuppe oder nach hinten hin durch Fortnahme des angrenzenden Theiles des Hinterhauptbeines völlig freigelegt, ohne dabei Knochenbrücken stehen zu lassen. — In Vohsen's Fall war eine Aufmeisselung des Warzenfortsatzes schon vorangegangen und vernarbt. Als von Neuem schwere Hirnreizerscheinungen auftraten, wurde wieder die Aufmeisselung des Warzenfortsatzes gemacht, und als sich nichts vorfand, wurde die Dura, die bereits in Linsengrösse freilag und ungemein verdickt war, durch Fortnahme des ganzen Tegmen antri in grösserer Ausdehnung freigelegt, und nun zeigte sich dieselbe ungemein verdickt, von resistentem fibrösen

Digitized by Google

Gewebe bedeckt und auch von einer auffallenden Härte, wie bei einem Ulcus durum, ferner nicht pulsirend, und auch Eiter fand sich nicht vor. Da ein intraduraler Abscess vermuthet wurde, wurde die Incision der Dura (und nicht die Punction) gemacht, und auch jetzt entleerte sich kein Eiter; vor der Incision wurde das aufgelagerte Gewebe mit dem Messer von der Dura abgeschnitten. Die Kranke war nach der Operation von ihrem ungemein heftigen Erbrechen vollständig befreit und erholte sich rasch. — In einem anderen Fall mit verjauchter Sinusthrombose, wo nach breiter Freilegung die Incision des Jaucheherdes im Sinus gemacht wurde, waren sehr starke Pulsationen der Dura vorhanden, bei dem Bestehen von purulenter Arachnitis basilaris, wie die Section es zeigte. Dem Pulsiren oder nicht Pulsiren der Dura will J. keinen diagnostischen Werth beisetzen.

Hessler (Halle) referirt über einen Fall von grossem Temporallappenabscess mit tödtlichem Ausgang, der später ausführlich veröffentlicht werden wird.

42) Kayser (Breslau): Ueber Diplacusis.

Es giebt 2 Formen von Diplacusis. Die eine ist als Dipl. dysharmonica zu bezeichnen. Hierbei wird beim Hören mit beiden Ohren ein einfacher Schallreiz, meist bestimmte Töne, doppelt wahrgenommen; mit beiden Ohren gleichzeitig, aber qualitativ verschieden, mit dem kranken Ohr ein höherer oder tieferer Ton als mit dem gesunden. Die zweite Form kann man als Dipl. echotica bezeichnen. Hier wird von beiden Ohren der einfache Schallreiz, Geräusch, Worte etc., doppelt wahrgenommen, qualitativ gleich, aber zeitlich getrennt, so dass mit dem kranken Ohre gleichsam das Echo des Schalles gehört wird. Von dieser letzteren, weniger beobachteten Form hat K. einen Fall bei einer 49jähr. Frau beobachtet, die plötzlich unter Schwindel und Uebelkeit an Sausen, Schwerhörigkeit und Doppelhören erkrankte. Objectiv war nur ein mässiger Mittelohrcatarrh vorhanden. Das Gehör war herabgesetzt, besserte sich aber durch Catheterisirung. Weber'scher Versuch nach dem kranken Ohr, Rinne negativ. Bei mannigfachen Geräuschen und Worten gab die Kranke an, die Wahrnehmung auf dem rechten, kranken Ohr später und schwächer zu haben, wie ein Echo. Wurde ein Ohr zugehalten, so wurde nur einfach gehört. Nach mehrtägiger Catheterisirung war Klingen und Doppelhören verschwunden.

Die Diplacusis dysharmonica wird übereinstimmend (Wittich, Knapp etc.) auf Grund der Helmholtz'schen Theorie durch Verstimmung des Saitenapparates der Membr. basilaris erklärt. Es ist aber zu betonen, dass diese Erklärung nur dann genügt, wenn gleichzeitig angenommen wird, dass jeder einzelnen, zu einem bestimmten Abschnitt der Membr. basilaris gehenden Nervenfaser das Gesetz von der specif. Energie den Sinnesnerven zukommt, also dass der Nerv für den Ton c, wie auch immer gereizt, unter allen Umständen die Empfindung c vermittelt, mag der mit ihm verbundene Theil der Membr. basilaris 300 Mal oder 500 Mal in der Secunde schwingen.

Die Erklärung der Dipl. echotica ist schwieriger. Jedenfalls wird die Gehörsempfindung auf dem kranken Ohr verzögert. Exner und Urbantschitsch haben gezeigt, dass ein beiden Ohren nacheinander zugeführter Schallreiz einfach empfunden wird, so lange die Zeitdifferenz

Digitized by Google

unter 0,06—0,1 Secunde beträgt. K. hat ein gleiches Resultat durch einen einfachen Apparat (2 ungleich lange Schläuche an einem T-Rohr befestigt) gefunden. Der beabsichtigte Versuch bei der beobachteten Kranken, das Doppelhören durch Zuleitung des Schalls in beide Ohren mittelst des erwähnten Doppelschlauches aufzuheben und so die Zeit der Verzögerung zu bestimmen, wurde durch die rasche Heilung vereitelt. Die Verspätung der Empfindung kann in 3facher Weise bedingt sein: 1) durch verlängerte Dauer des Anklingens, eine Erscheinung, die Urbantschitsch eingehender studirt hat, 2) durch verspätete Perception im Centralorgan, 3) durch verlangsamte Nervenleitung. Bei der Kürze des Acusticus müsste diese Verlangsamung schon beträchtlich sein, um Doppelhören zu erzeugen. Wenn diese Erklärung auch für den vorliegenden Fall nicht anzunehmen ist, so könnte diese Leitungsverlangsamung im Acusticus doch unter anderen Umständen, z. B. bei der Tabes, eine Rolle spielen. K. hat in der That darauf deutende Beobachtungen und Versuche bei Tabeskranken gemacht, die aber noch nicht abgeschlossen sind.

Discussion:

Barth (Berlin) konnte in den letzten Jahren alle seine Fälle von Diplacusis dysharmonica auf Mittelohrerkrankungen zurückführen.

Jacobson (Berlin) kann der von Barth ausgesprochenen Anschauung, nach welcher die „Diplacusis dysharmonica" durch reine Mittelohraffectionen bedingt werden könne, nicht zustimmen. Nach den Gesetzen der Resonanz schwingt ein mitschwingender Körper — sei es nun die Platte des Telephons oder die Membran des Phonographen, oder auch das menschliche Trommelfell — immer in der Periode des erregenden Tons. Wirkt also auf das Trommelfell ein Ton von 100 Schwingungen in der Secunde ein, so macht das Trommelfell ebenfalls 100 Schwingungen in der Secunde; wirkt ein Ton von 200 Schwingungen ein, so macht es 200 Schwingungen in der Secunde und so fort. Werden die physikalischen Constanten des mitschwingenden Systems verändert, wie dieses bei Mittelohraffectionen geschehen kann, so kann hierdurch nichts Anderes geändert werden, als die Amplitude des Mitschwingens. Es wird also bei Mittelohrkrankheiten das Trommelfell bei gewissen Tönen der Scala weniger stark mitschwingen wie in der Norm, es kann sogar vorkommen, dass die Amplitude des Mitschwingens = 0 wird, dass also gewisse Töne auf den Hörnervenapparat überhaupt nicht mehr übertragen werden. Schwingt aber das Trommelfell, oder, allgemeiner gesagt, der schallleitende Apparat mit, so muss es immer in der Periode des erregenden Tons geschehen. — Die einzig mögliche und richtige Erklärung für die „Diplacusis dysharmonica" ist die von v. Wittich gegebene, nach welcher es sich hierbei um nichts Anderes handelt, als um eine totale oder partielle Verstimmung der elastischen Endapparate des Hörnerven. Ist der elastische Anhang der c-Nervenfaser derartig verstimmt, dass er auf d mitschwingt, so werden wir statt d auf dem betreffenden Ohre c, und wenn das Leiden nur einseitig ist, doppelt hören. Das folgt aus dem Gesetz von der specifischen Energie der Nervenfasern. Das Falsch- oder Doppelhören kommt zwar sehr häufig bei Mittelohraffectionen vor, daraus folgt aber nicht, dass es durch diese bedingt

Digitized by Google

wird, sondern nur, dass häufig neben der Mittelohrkrankheit noch eine Labyrinthaffection besteht. Das Falsch- oder Doppelhören, das selbstverständlich nur bei Untersuchung mit einfachen Tönen festgestellt werden kann, hat auch gerade deshalb besonderes Interesse, weil es das einzige Symptom ist, bei welchem die Stimmgabeluntersuchung gestattet, mit Sicherheit den Sitz des Leidens zu bestimmen.

Treitel (Berlin) hatte einen interessanten Fall, in welchem es sich bei einem Opernsänger um eine Ruptur des Trommelfells handelte. Am Tage nach Entstehung der Ruptur war in Folge zu starken Schnaubens eine Hernie des Trommelfells zu sehen, wobei auch Diplacusis bestand. Nach 2 Tagen war dieselbe verschwunden, und mit dieser auch die acustischen Phänomene.

Dennert (Berlin) bemerkt in Bezug auf die Erklärung der Diplacusis dysharmonica, dass sich dieselbe häufig nur auf einzelne Töne erstreckt, und ist dies auch bei solchen Kranken zu beobachten, die gar kein Trommelfell besitzen.

Kayser hält nicht für ausgeschlossen die Möglichkeit, dass die Diplacusis dysharmonica auch vom Mittelohr ausgeht, und es wäre denkbar, dass unter pathologischen Verhältnissen das Trommelfell resp. andere Theile des Mittelohres so verändert sind, dass sie nur bei einzelnen Tönen resp. bei einzelnen Tönen stärker mitschwingen als bei anderen.

43) Sexton (New-York) demonstrirt einige Instrumente, die er construirte und zu chirurgischen Operationen empfiehlt.

Lucae (Berlin) knüpft hieran einige Bemerkungen.

* * *

Nachdem der meritorische Theil der Arbeit zu Ende war, erfolgten die Abschiedsreden, und richtete besonders Prof. Zaufal warme Dankesworte im Namen der ganzen Section an den Einführenden, Prof. Lucae, für das Gelingen der otiatrischen Abtheilung des Congresses. Im selben Sinne sprachen auch noch die übrigen Vertreter der einzelnen Staaten, und nachdem auch noch den Schriftführern der Dank votirt wurde, schloss die Sitzung nach den Abschiedsworten Prof. Lucae's mit einem „auf frohes Wiedersehen in Rom“*).

Heilung**) eines grossen „typischen“ Nasenrachenpolypen.

Von

Dr. **Hansberg** in Dortmund.

Unter den Geschwülsten des Nasenrachenraumes haben die sogen. Nasenrachenpolypen von jeher das Interesse des Arztes in erhöhtem Maasse in Anspruch genommen; ihr ungünstiger, für Instrumente schwer

*) Nachträglich sei noch erwähnt, dass der Name des Collegen Dr. W. B. van Staveren (Rotterdam) aus Versehen aus der Präsenzliste weggeblieben ist. Ref.

**) Der Fall wurde am 17. December 1890 im Verein der Aerzte zu Dortmund 8 Wochen nach der Heilung vorgestellt.

Digitized by Google

erreichbarer Sitz, ihr überaus schnelles, bald auf die Nachbarorgane übergreifendes Wachsthum, die gewöhnlich damit verbundenen, oft abundanten Blutungen machten dieselben zu einer für den Träger äusserst gefährlichen und schwer zu beseitigenden Erkrankungsform.

Die bis jetzt in der Literatur veröffentlichten Fälle sind nicht sehr zahlreich, die bei Weitem grössere Mehrzahl verdanken wir den Chirurgen. Von Letzteren wurden verschiedene Methoden zur Beseitigung der Geschwülste geübt; die Einen wählten den Weg durch die Nase, indem sie die Spaltung der Weichtheile der Nase (Garengeot) oder die Resection des Nasenbeines resp. Jochbeines (von Langenbeck) der Exstirpation vorausschickten, die Anderen gingen vom Munde aus vor und machten entweder die Spaltung des weichen Gaumens (Manné) oder resecirten den harten Gaumen (Gussenbauer), die Dritten endlich glaubten eine gründliche Ausrottung der Tumoren nicht anders erzielen zu können, als durch die zeitweilige (v. Langenbeck) oder definitive (Syme) Resection des Oberkiefers.

Es bedurfte demnach bei diesen bis in die neueste Zeit geübten Methoden ungemein eingreifender, entstellender und blutreicher Voroperationen, die nicht selten allein schon den Tod der unglücklichen Kranken im Gefolge hatten; dabei sind dieselben von dem Nachtheil wohl nicht ganz freizusprechen, dass das Endresultat nicht immer ein befriedigendes genannt werden konnte; bei der Schwierigkeit, die ganze Masse des Tumors in einer Sitzung zu entfernen, dürften Recidive nicht gerade selten gewesen sein.

Eine schonendere Methode ist in neuerer Zeit von einzelnen Specialisten geübt worden, die von den natürlichen Wegen aus mittelst Galvanocaustik oder Electrolyse den Tumor zur Zerstörung zu bringen suchten. Diese besonders von Bruns, Voltolini, Michel u. A. empfohlene und geübte Methode birgt nicht die Nachtheile in sich, die der chirurgischen anhaften; bei vollständiger Gefahrlosigkeit und Mangel jeglicher Entstellung soll sie nach Angabe der vorerwähnten Autoren vorzügliche Endresultate liefern, sie ist aber ungeheuer langwierig und erfordert bei einigermaassen bedeutender Grösse der Tumoren eine sehr grosse Anzahl von Sitzungen, nimmt daher Zeit, Geduld und Geld der Kranken in hohem Grade in Anspruch, so dass vielleicht manche nicht in der Lage sein werden, eine solche Cur zu Ende zu führen.

Ich hatte Gelegenheit, an der Hartmann'schen Poliklinik in Berlin vor 2 Jahren eine Frau zu sehen, bei der von Hartmann ein Fibrosarcom, das von der Keilbeingegend seinen Ursprung genommen hatte, ohne Voroperation von der Nase aus beseitigt worden war. Die Operation war hier theils mit dem Thermocauter, der durch einen Zaufal'schen Trichter in die Nasenhöhle eingeführt wurde, theils mit der galvanocaustischen Schlinge ausgeführt worden.

Unter solchen Umständen ist es gewiss wünschenswerth, Methoden zu kennen, die einerseits ohne Gefahr und Entstellung für den Kranken, andererseits in kürzerer Zeit, als bei der galvanocaustischen oder electrolytischen Methode, eine vollständige Zerstörung breitbasig aufsitzender Nasenrachenpolypen zu bewirken im Stande sind. Ich betone ausdrücklich das Wort „breitbasig", da die Beseitigung wirklich gestielter Nasenrachentumoren, die im Verhältniss zu den ungestielten selten

Digitized by Google

sind, weniger grosse Schwierigkeiten erfordert. Wenn ich hier von Nasenrachentumoren spreche, so meine ich damit die von Bensch als „typisch“ bezeichneten Fibrome des Nasenrachenraumes, Geschwülste, die sich vorzugsweise durch ihre breitbasige, flächenhafte Insertion sowie ihr festes, knorpelartiges Gefüge auszeichnen.

Ich sehe hier auch ab von den im Nasenrachenraum, wenn auch selten vorkommenden Schleimpolypen, deren Hartmann*) zwei interessante, schwer operable Fälle beschreibt, übergehe auch die anderen bekannten Methoden der Behandlung der Nasenrachenfibrome (Abbinden, Ecrasement, Excision [Roser], Abquetschen mit der Choanalzange [Schech], da dieselben nur bei gestielten Fibroiden oder kleineren breitbasigen Tumoren ihre Anwendung finden.

Ich hatte nun vor Kurzem Gelegenheit, ein grosses Nasenrachenfibrom zu beobachten und dasselbe ohne Voroperation in kurzer Zeit zur Heilung zu bringen; ich gebe im Folgenden die Krankengeschichte:

Franz Kadel aus Dülmen, Arbeiter, 30 Jahre alt, consultirte mich zum ersten Mal am 12. August 1890. Derselbe will früher immer gesund gewesen sein, insbesondere nie an Beschwerden in der Nase und Rachen gelitten haben; Vater lebt und ist gesund, Mutter im Alter von 61 Jahren an Knieeiterung gestorben.

Im September 1889 fiel Pat. eine Rolle Leinen im Gewicht von ca. 10 Kilo auf die Nase, in Folge dessen eine unbedeutende Blutung eintrat; gleich nach Einwirkung des Traumas sei die Nase, besonders die linke Seite für Luft schwer durchgängig gewesen und habe sich dieser Zustand allmählig gesteigert. Anfangs October trat in Folge Schnäuzens erneutes Nasenbluten ein, das mehrere Tage anhielt, dann sistirte dasselbe bis zum März 1890; von da ab traten in kürzeren Intervallen mehr weniger starke Blutungen auf.

Pat. ist von kleiner Figur, leidlich kräftigem Körperbau, Gesicht gedunsen, Farbe desselben blass, Weichtheile der Nase aufgetrieben, so dass letztere stark vergrössert erscheint. Pat. ist nicht im Stande, durch die Nase zu athmen, klagt über Trockenheitsgefühl im Halse und Eingenommenheit, Schwere des Kopfes. Geruch vollständig verloren gegangen. In Folge der in letzter Zeit häufiger aufgetretenen Blutungen fühlt sich Pat. etwas angegriffen.

Die Rhinoscopia anterior ergab mässige Schwellung der unteren und mittleren Muschel der linken Nasenhöhle, reichliche Blutcoagula in derselben, im Hintergrunde ein blassröthlicher Tumor sichtbar, der die ganze Choane ausfüllte und sich noch weit nach dem hinteren Dach der Nasenhöhle zu erstrecken schien. Bei Berührung mit der Sonde trat Blutung ein, so dass dadurch der weitere Einblick verhindert wurde; der Tumor fühlte sich, jedenfalls in Folge der stark geschwellten, leicht blutenden Schleimhaut, die ihn bedeckte, etwas weich an.

Rechte Nasenhöhle durch eine von vorn unten nach hinten oben verlaufende Crista verengt, auch hier stiess ich mit der Sonde in der Tiefe auf den Tumor, der aber wegen der Enge der rechten Nasenhöhle weniger gut sichtbar war; Blutcoagula in derselben.

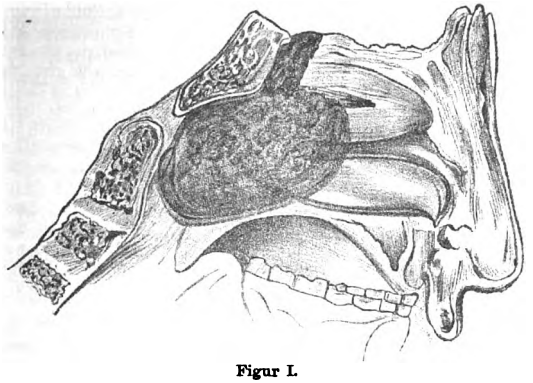
Gaumensegel etwas nach vorn verdrängt, dasselbe zeigt ebenso wie die Schleimhaut des Rachens eine etwas ödematöse Durchtränkung.

Rhinoscopia posterior zeigt den Nasenrachenraum von einem an der Oberfläche mit Blut bedeckten rundlichen Tumor ganz ausgefüllt; Genaueres liess sich mittelst des Spiegels wegen der Blutung nicht constatiren.

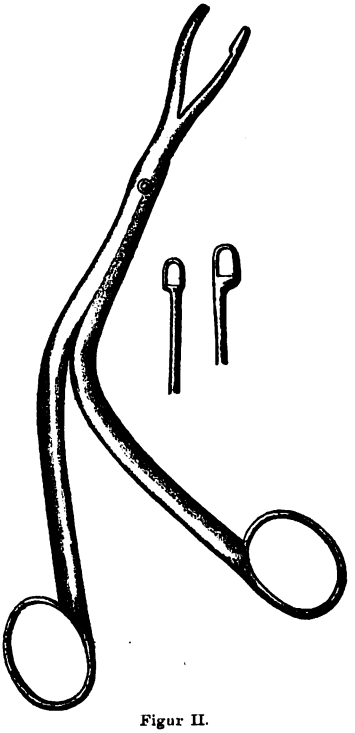
Ich ging nun mit dem Zeigefinger in den Nasenrachenraum und suchte den Tumor nach allen Richtungen hin abzutasten, insbesondere mich über den Stiel

*) Hartmann: Ueber die Operation der Nasenrachenpolypen. (Deutsche med. Wochenschrift No. 6, 1881.)

Digitized by Google



Figur I.



Figur II.

Digitized by Google

desselben zu informiren, ich machte dabei die unliebsame Entdeckung, dass die Geschwulst, wenigstens von der Grösse eines grossen Hühnereies, keinen Stiel besass, sondern breitbasig, flächenhaft dem Rachendach inserirte, und zwar derart, dass die Insertion auch noch auf die seitlichen Theile übergriff. Ich glaubte mit den Collegen DDr. Gerstein und Schmitz die Basis auf ca. 4 Centimeter im Durchmesser schätzen zu dürfen. Das Wachsthum des Tumors war vorzugsweise nach vorn und oben in die Nasenhöhle erfolgt, weniger nach dem Mundrachentheil, so dass derselbe vom Mund aus ohne Spiegel nicht gesehen werden konnte; die Insertion erstreckte sich vom Choanaldach bis unterhalb der Protuberantia atlantis, der tiefste Stand der Geschwulst vielleicht 1 Ctm. unterhalb des Atlas. Beim Vordringen des Fingers nach der Nasenhöhle zu fand ich, dass der Tumor bereits Verwachsungen eingegangen war und zwar mit der hinteren oberen Fläche des Gaumensegels, die mit dem Finger gesprengt wurden; der letztere gelangte dann mit Mühe unterhalb des Tumors in die Nasenhöhle und fühlte den durch die Durchtrennung der Verwachsung freigelegten Theil des horizontalen Gaumenbeins (Fig. I.).

Ich versuchte zuerst die kalte und dann die Glühschlinge um den Tumor zu legen, indem ich den Schlingenschnürer in die Nase einführte und mit dem Zeigefinger der anderen Hand in den Nasenrachenraum einging, ich überzeugte mich indessen bald von der Unmöglichkeit dieses Vorgehens und sah vorerst von weiteren Eingriffen ab.

Am 17. August entfernte ich von der Nase aus mit einem Instrument (Fig. II), das ich mir zur Entfernung der unteren Muschel nach Analogie eines von dem hiesigen Zahnarzt Witzel angegebenen Instruments hatte anfertigen lassen, einige Stücke zur microscopischen Untersuchung; dieselbe ergab ein zellenreiches Fibrom (Professor Ribbert, Bonn). Der Versuch, mit diesem Instrument (dasselbe ist nach Art einer Zange construirt, zweckmässig abgebogen und endigt nach vorn in zwei ineinandergreifende Fenster; es besitzt bei gracilem Bau genügende Stärke und Festigkeit, um dünnen Knochen zu durchtrennen) den Tumor von der Nase aus zu exstirpiren, misslang, es trat starke Blutung ein, ohne dass es mir gelungen wäre, nennenswerthe Stücke entfernt zu haben.

Ich beschloss nun, auf galvanocaustischem Wege vorzugehen und machte am 22. August eine Sitzung, indem ich nach Anlegung des Gaumenhakens unter Spiegelbeleuchtung den spitzen Galvanocauter mehrere Male in den Tumor einbohrte.

Um diese Zeit kam das von Kuhn in Strassburg zur Operation der Rachentonsille angegebene Instrument in meine Hände, es schien mir dasselbe vermöge seiner Abbiegung und Stärke ganz geeignet, die Entfernung des Tumors vom Munde aus zu versuchen. (Schluss folgt.)

Beitrag zur Kenntniss der Aetiologie, Diagnose und Therapie des Vorfalls der Schleimhaut der Morgagni'schen Taschen (Prolapsus vel hernia ventric. Morgagni).

Von

Dr. **L. Przedborski**

Spitalarzt am Lodz'er israelitischen Krankenhause.

(Fortsetzung.)

Im März 1888 brachte ich die vorgefallene Schleimhaut durch zweimalige Cauterisation mit Chromsäure, die auf einer entsprechend gebogenen Sonde angeschmolzen war, zum vollständigen Schwinden.

Digitized by Google

Im April 1888 konnte sich die Patientin gänzlich der Cur entziehen, die Stimme gewann an Kraft und Klang, und war ich während der häufigen Unterhaltungen, die ich, um die Continuität der Stimme zu prüfen, mit der Patientin führte, auch nicht ein einziges Mal im Stande, momentan vorkommende Aphonie während des Sprechens zu constatiren. Im Juni ging die Pat. auf's Land und da das Allgemeinbefinden der Kranken nichts zu wünschen übrig liess, die Stimme eine bedeutende Verbesserung erhielt, so gab sie den Gedanken, eine zweite Reise nach Görbersdorf zu unternehmen, gänzlich auf. Es bleibt mir noch zu erwähnen übrig, dass von Juni 1888 bis heut zu Tage die Therapie als gänzlich erfolgreich sich bewährt hat; denn, trotzdem die Patientin sich während der abgelaufenen Zeit vollständig jeder medicinischen Hilfe entzog, konnte bei derselben keine Verschlimmerung, weder in der Lunge, noch im Kehlkopfe, nachgewiesen werden.

Der soeben beschriebene Fall bietet im doppelten Sinne Interessantes dar: 1) Trotz des gewaltigen Anfanges und Verlaufes der Krankheit, trotz der enormen Vernichtung nnd Zerstörung der rechten Lungenspitze gehört unsere Patientin wahrscheinlich zu denjenigen glücklichen Individuen, denen es gesund und siegreich den Kampf mit der Tuberculose zu vollenden gelingt. Dieses glückliche Zukunftshoroscop können wir nach Berücksichtigung des günstigen Verlaufes und der anhaltenden Besserung im Allgemeinbefinden unserer Patientin vollkommen gönnen. 2) In meinem eigenen, wie auch in den wenigen Fällen von Vorstülpung der Schleimhaut des Sinus Morgagni, die mir zu sammeln gelungen sind, lag immer eine Krankheit des Gesammtorganismus als praedisponirendes Moment vor; indem aber alle Beobachter in ihren Fällen, ausser der Berücksichtigung dieses ätiologischen Momentes, bei Entstehung der Eventration des Sinus Morgagni auf das Vorhandensein von intensivem Husten als auf eine unentbehrliche causale Bedingung, die gleichzeitig bestehen muss, hindeuten, können wir in unserem Falle den Einfluss dieses Factors fast auf ein Minimum reduciren, denn unsere Patientin hustete gewöhnlich nicht viel und auch nicht gewaltig.

2. Fall. Am 25. April 1888 wurde ich von Herrn P. Ek., hiesigem Gutsbesitzer, um ärztlichen Rath aufgesucht. E. klagt über starke Athemnoth, stürmischen Husten und über totale Aphonie. Der Husten und die phonatorischen Störungen dauern schon seit vielen Jahren. E. hat schon längst die Erfahrung gemacht, dass jedes Jahr bei dem Auftreten der wärmeren Jahreszeit resp. des Frühlings die Heiserkeit und der Husten allmählig zunehmen, doch werden diese Erscheinungen nach einer gewissen Zeitdauer bedeutend milder. Vor 2 Jahren nahm Patient eine Reise nach Breslau vor, wo er mehrmals Rath bei Prof. Biermer suchte. Prof. Biermer constatirte beim Patienten ein Lungenemphysem und schlug einen 6wöchentlichen Aufenthalt in Reichenhall vor, wohin sich auch Patient schleunigst begab. Während des fast 2monatlichen Aufenthaltes in Reichenhall wurde zwar der Gesundheitszustand des Kranken bedeutend besser, doch eine vollkommene Heilung wurde nicht erzielt. Nach seiner Rückkehr hustete Patient noch immer fort und war stark heiser. Auf die Frage, ob Patient von Prof. Biermer laryngoscopirt wurde, bekam ich eine verneinende Antwort. Die Heiserkeit soll, wie Patient mir mittheilte, in diesem Falle nach Prof. Biermer's Annahme

Digitized by Google

ausschliesslich vom Missbrauche der Spirituosen (Abusus in Baccho) abhängen, welche Leidenschaft Patient auch nicht läugnete. Seit Februar wird der Zustand des Kranken immer ernster. E. unterliegt häufigen Athembeschwerden und Hustenanfällen und hat die Stimme fast gänzlich verloren. In der letzten Zeit kam es nicht selten vor, dass Patient nach einem heftigen Hustenanfalle mit Blut vermengtes Sputum auswarf. E. ist 65 Jahre alt, von niedriger Statur, vortrefflicher Körperernährung und Körperbau. Das subcutane Bindegewebe enthält einen restlichen Fettpolster, die Conjunctiven sind stark injicirt, das Gesicht kalt und schwach bläulich gefärbt; die peripheren Gefässe fühlen sich hart an, die temporalen Arterien verlaufen schlangenartig, die Pulswelle ist klein und deutet im Allgemeinen das Gefässsystem prägnante Erscheinungen von einer bestehenden Arteriosclerose an. Der kurze, fassförmige, convexe Brustkasten befindet sich wie im Inspirium. Der Kranke athmet schwer, bei jeder Inspiration wird die spannende Arbeit der respiratorischen Muskeln, das Einziehen der Herzgrube und der Bauchwände, eine unbedeutende Steigerung der Gesichtscyanose und Blutfülle der Conjunctiven auffallend, das Einathmen ist von einem lauten, stenotischen Geräusche begleitet. Die Untersuchung der Lungen ergab Folgendes: Die Grenzen der Lungen sind in ihrer ganzen Circumferenz nach unten verschoben, das vesiculäre Athmen hört sich schwächer an, und zeigt die Periode der In- und Exspiration eine bedeutende Verlängerung. Von Zeit zu Zeit treten während der Respiration trockene und pfeifende Rasselgeräusche auf (rhonchi sicci et sibilantes). Die Herztöne sind klar, doch schwach, der rechte Herzventrikel ist hypertrophirt und bieten die übrigen Organe nichts Abnormes dar. Die Schleimhaut des Rachens und Schlundkopfes ist stark injicirt und geröthet (Angina et pharyngitis chron.). Im Kehlkopfe tritt eine diffuse Schwellung und Röthe der Schleimhaut der unteren Epiglottisfläche und des interarytänoidalen Raumes vor, das rechte wahre Stimmband ist in seiner ganzen Länge sichtbar und von 6 glatten, runden, breitbasigen, intensiv rothen Geschwülsten von verschiedener Grösse überlagert. Von diesen Geschwülsten erreicht eine die Grösse einer kleinen Kirsche, hängt in die vordere Partie der Glottis hinab und, indem sie während der Phonation den Raum zwischen beiden Stimmbändern einnimmt, behindert sie das Berühren derselben. Die übrigen Geschwülste, von bedeutend kleinerem Umfange, erreichen den freien Rand des rechten wahren Stimmbandes und bieten die Grösse einer Erbse resp. Bohne dar. Das Vorhandensein dieser Geschwülste erklärte leicht die in der Phonation und im Athmungsprocesse bestehenden Hindernisse, doch lässt sich nicht läugnen, dass in unserem Falle die obengenannten Störungen auch gewissermaassen von dem constatirten Lungenemphysem und der Bronchitis capillaris abhängig waren. Um genauere Kenntniss über die Natur der geschilderten Geschwülste zu gewinnen, untersuchte ich nach vorausgangener Anaesthesie der Kehlkopfschleimhaut mit einer 10procentigen Cocainlösung dieselben mehrmals mit der Sonde. Die Geschwülste zeigten bei der Sondenberührung eine weiche Consistenz, fühlten sich wenig prall an und bluteten sehr leicht. Alle, besonders kleinere Tumoren konnten theilweise leicht in den Raum zwischen beiden Stimmbändern reponirt werden. Dabei fielen die Wände derselben zusammen und riefen so den Eindruck einer verdickten Schleimhautduplicatur hervor. Das Resultat

Digitized by Google

der Untersuchung neigte mich also immer mehr dem Gedanken zu, dass die obengenannten Tumoren wahrscheinlich nur einen Theil der Schleimhaut des Morg. Ventrikels bilden, der sich auf einzelnen Stellen von seiner Unterlage loslöste und an der oberen Oeffnung des rechten Morg. Sinus unter der Gestalt von besonderen Geschwülsten zum Vorschein kam. Ich habe schon erwähnt, dass einige, besonders von den kleineren Tumoren sich nur theilweise mit der Sonde reponiren liessen; um also vollkommene Genesung zu erzielen, musste zu einem radicalen Mittel, nämlich zur Exstirpation der Geschwülste, Zuflucht genommen werden. Diese gelang mir auch in 3 Sitzungen. Während der ersten Sitzung, nachdem ich die Kehlkopfschleimhaut mit einer 20procentigen Cocainlösung vollkommen gefühllos machte, befreite ich den Kranken von der grössten Geschwulst. Für diesmal musste ich mich gänzlich mit dem erzielten Resultate begnügen, denn die profuse Blutung und die in Folge des Glottiskrampfes entstandenen drohenden Erstickungserscheinungen nöthigten mich, von weiteren chirurgischen Eingriffen Abstand zu nehmen. Der entfernte Tumor war vollständig glatt, erinnerte macroscopisch an die normale Schleimhaut und waren trotz des gewaltigen Zusammendrückens weder in seiner Höhle, noch in den Convexitäten des Instrumentes irgend welche Spuren von flüssigem Inhalte nachzuweisen. Der Tumor hatte an der Stelle, wo er abgeschnitten war, die grösste Breite, was die Verwachsung desselben mit einer Cyste unmöglich machte. (Diese letzte Geschwulst hatte einen flüssigen Inhalt und an der Basis das Lumen eines aus einer secernirenden Drüse entstandenen und verstopften Ausführungscanales, der die Quelle der Cyste bildete, vorgezeigt.)

Am nächsten Tage nach der Operation fühlte sich der Kranke bedeutend in seinem Leiden erleichtert, der Husten und Athem waren freier, nur verspürte Patient noch einen leichten Schmerz im Kehlkopfe an der Stelle, die dem ursprünglichen Sitze der Geschwulst entsprach. Während der fünf nächsten Tage fortschreitende Besserung und nahm die Stimme allmählig an Klarheit zu. Nachdem ich noch 3 Tage das Schwinden der Localreactionserscheinungen abgewartet hatte, ging ich an die Exstirpation der gebliebenen kleineren Geschwülste. In der zweiten Sitzung gelang es mir, bei abwechselnder Anwendung der Fauvel'schen Zange und des Schrötter'schen Polypenquetschers, noch 3 Geschwülste zu entfernen. Diese bohnengrossen Tumoren boten eine vollkommene Aehnlichkeit mit der während der ersten Sitzung entfernten Geschwulst dar. Endlich, nach einer Woche, entfernte ich die zwei noch verbliebenen, den schon entfernten ganz ähnliche Tumoren, liess den Patienten 5 Tage in Ruhe und verordnete zur Milderung des Hustens und der Localreizerscheinungen Morphiumpulver (0,01 2 Mal täglich ein Pulver) und häufige Inhalationen

mit Tinct. Thebaicae . . . . . 3,0.
Aqu. laurocerasi . . . . . 30,0.

Nach dem Ablaufe einer Woche fand ich bei einer Kehlkopfuntersuchung folgendes Bild: Das rechte wahre Stimmband ist gänzlich frei, stark injicirt und blauröthlich gefärbt; an den Stellen, wo ursprünglich die Geschwülste sich befanden, springen kleine Unebenheiten, die die Grube zwischen beiden rechten Stimmbändern einnehmen und dem Raume des rechten Morg. Ventrikels entsprechen, hervor. Die obere Oeffnung der Morg. Falte ist grösstentheils sichtbar. Diese nach der Exstirpation

Digitized by Google

der. Tumoren verbliebenen Reste ätzte ich 2 Mal mit dem galvanischen Strome, die passive Hyperämie des rechten Stimmbandes, die wahrscheinlich von langdauerndem Drucke, welchen die Geschwulst auf die freie Fläche des rechten Stimmbandes ausübte, wie auch von den häufigen chirurgischen Eingriffen abhängig war, konnte ich durch energische Anwendung von Höllenstein-Lösungen fast vollständig beseitigen. Nach 6wöchentlicher Cur bekam der Pat. seine Stimme gänzlich zurück, wurde von Athemnoth befreit und erzielte eine bedeutende Milderung im Husten. Den Kranken sah ich wieder im September 1888, also 4 Monate nach vollendeter Cur, seine Stimme ist ganz klar geblieben, der Husten und die Dyspnoe haben bedeutend abgenommen.

Im Mai 1889, nach einem Jahre also vom Beginn der Krankheit, erschien Patient bei mir auf's Neue mit der Angabe, es müsse eine Verschlimmerung im Kehlkopfe stattgefunden haben, und in der That fand ich den Kranken heiser, derselbe hustete oft und stark, klagte über leise Schmerzen in der rechten Kehlkopfhälfte. Athemnoth bestand jedoch nicht. Diese Erscheinungen entwickelten sich allmählig und da der Patient der Meinung war, sie würden von selbst wieder verschwinden, so nahm er vorläufig keine ärztliche Hilfe in Anspruch. Bei der Untersuchung fand ich eine diffuse Schwellung und Röthe der Kehlkopfschleimhaut, die wahrscheinlich von Abusu in Baccho (Patient hat trotz meines Verbotes den schädlichen Genuss grosser Bier- und Schnapsquantitäten nicht aufgegeben) abhängig waren; die obere Oeffnung der Morg. Falte war auf gewissem Raume sichtbar und konnte ich in dieser einige hervorragende Unebenheiten, die wahrscheinlich auf die nun zum Vorschein kommende Vorstülpung der Schleimhaut des Morg. Ventrikels hindeuteten, auffinden. Dieselben wurden einige Mal mit dem Galvanocauter cauterisirt, die Larynxschleimhaut mit Höllenstein behandelt und stellte sich kurz darauf vollkommene Genesung ein, trotzdem Pat. noch immer seiner Vorliebe für Spirituosen treu geblieben ist. Pat. besucht mich bis heut zu Tage häufig und konnte ich während der letzten Kehlkopfuntersuchung, die ich im Januar 1890 vornahm, keine Spuren von Schleimhautvorstülpung der Morg. Falte auffinden. Die Stimme ist seit der letzten galvanischen Cauterisation klar geblieben, der Husten liess bedeutend an Intensität nach, Athemnoth kam nicht mehr zum Vorschein.

Dieser Fall bietet in der Reihe der bis heut zu Tage beschriebenen und bekannten Beobachtungen über Schleimhautvorfall der Morg. Falte ein wahres Unicum. Indem wir in allen publicirten Fällen Erkrankungen des Gesammtorganismus (Lues, Tuberculose, Krebscachexie) als Haftmomente für die Entstehung des Schleimhautvorfalls der Morg. Tasche zu constatiren im Stande waren, entwickelte sich in unserem Falle das obengenannte Leiden bei einem vollständig gesunden, vortrefflich genährten Individuum. Welche Ursachen waren es, die speciell in unserem Falle zur Entstehung einer Hernie des Morg. Ventrikels führten? Ich glaube, dass wir dieselben leicht entdecken, indem wir etwas eingehender einige ätiologische Momente, auf die wir in der Anamnese besondere Aufmerksamkeit lenkten, besprechen. Pat. leidet seit vielen Jahren an Bronch. capillaris und Lungenemphysem, es lagen also Bedingungen vor, die sowohl zur Entstehung von passiver Hyperämie in der Schleimhaut des Kehlkopfes in toto, als auch in demjenigen Abschnitte, der den Morg.

Digitized by Google

Ventrikel auskleidet, beigetragen haben. Die beständige pass. Hyperämie konnte Anlass zu Bindegewebswucherung geben, was wir auch durch den Kehlkopfspiegel, der eine Schwellung und Verdickung der Schleimhaut der unteren Fläche des Kehlkopfdeckels (Epiglottis) und des interarytaenoidalen Raumes vorzeigte, festgestellt haben. Eine ganz analoge Umwandlung konnte auch die Schleimhaut des Sinus Morg. erlitten haben. Als zweiter Factor, der in derselben Richtung seine Wirkung geltend machte, muss der Abusus spirituosorum, der auf die respiratorischen Organe einen permanenten Reiz ausübte, betrachtet werden.

(Schluss folgt.)

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Bericht über die im Etatsjahr 1888 89 in der Poliklinik für Ohrenkrankheiten zu Göttingen beobachteten Krankheitsfälle. Von Prof. Bürkner. (Archiv für Ohrenheilkunde, Bd. 28, Heft 4.)

Vom 1. April 1888 bis 31. März 1889 kamen 1281 Patienten zur Beobachtung. Als wirklicher Procentsatz der geheilten und gebesserten Fälle ergaben sich 75,7 pCt. Es betheiligten sich an der Gesammtzahl der Fälle die Erkrankungen des äusseren Ohres mit 26,6 pCt., des Trommelfelles mit 0,8 pCt., des Mittelohres mit 65,6 pCt., des inneren Ohres mit 4,6 pCt. Aus der Operationstabelle seien 3 Hammerexcisionen hervorgehoben; dagegen findet sich die Aufmeisselung des Warzenfortsatzes nicht angeführt. Von neueren Arzneimitteln wurden genauer 3 erprobt. Das Aluminium acetico-tartaricum zeigte sich, entweder pur oder zu gleichen Theilen mit Borsäure eingeblasen, wirksam bei Rhinitis hypertrophica, chronica sicca und atrophica; das Creolin wendet B., obwohl ihm der üble Geruch, die unzuverlässige antiseptische Wirkung der anwendbaren Lösungen, ihre Trübheit und der theerig-schmierige Brei, mit dem sie die Spritzen verunreinigen, Anlass zu Klagen bieten, doch bei manchen Formen chronischer Mittelohreiterung wegen seiner secretionsvermindernden Eigenschaft an. Die Mischung von gleichen Theilen Herb. sabinae und Alum. ustum endlich hat B. zur Nachbehandlung von Polypenoperationen versucht und gefunden, dass sie der Lapisätzung bei Weitem nicht gleichkommt.

Gomperz.

Casuistische Beiträge zur operativen Behandlung der Caries des Schläfebeines (22 Meisseloperationen bei 20 Kranken). Von Dr. L. Jacoby. (Archiv für Ohrenheilkunde, Bd. 28, Heft 4 und Bd. 29, Heft 1.)

J. bringt die Krankengeschichten von 20 Patienten, an denen er 22 Mal die Aufmeisselung des Warzenfortsatzes vornahm. In 10 Fällen waren es Folgezustände acuter Mittelohreiterung, 8 Mal Empyeme des Warzenfortsatzes, 1 Mal mit subperiostalem Abscesse, 3 Mal acute Caries. In einem Falle bestand rechts Empyem, links Caries. In allen diesen Fällen trat Heilung ein, und betrug die Heilungsdauer 6 Wochen bis zu 7 Monaten, im Durchschnitt 2½ Monate. Bei einem gleichzeitig an Nephritis erkrankten Kinde war trotzdem Heilung in 2

Digitized by Google

Monaten eingetreten. Von 10 Fällen chronischer Natur waren 4 mit Cholesteatom combinirt. Sonst handelte es sich um cariöse oder nekrotische Processe des Warzenfortsatzes. 2 Patienten von diesen starben, der eine an Meningitis, der andere an Pyämie und Hirnabscess. In einem dann geheilten Falle trat Blutung nach einer Sinusverletzung, später Septicämie ein. Die grösste Heilungsdauer, 1 Mal 3 Jahre und 2 Mal 1 Jahr, war bei 3 Fällen von Cholesteatom erforderlich; in den übrigen Fällen schwankte sie zwischen $2^1/_2$ und 5 Monaten. In einem Falle von Ozaena wurde beiderseits aufgemeisselt und in $4^1/_2$ Monaten Heilung erzielt. In einem Falle von Caries nekrotica nach Scharlach trat Heilung ein nach Entfernung eines $2^1/_2$ Cm. langen, 1 Cm. breiten Sequesters, der deutlich Windungen der Schnecke erkennen liess. Nur in einem Falle konnte trotz wiederholter Trepanation keine definitive Heilung erzielt werden.

Gomperz.

Ueber das Verhalten des Gehörorgans bei Tabes. Von Dr. Morpurgo. (Archiv für Ohrenheilkunde, XXX. Band, 1. u. 2. Heft.)

Unter diesem Titel veröffentlicht der Autor die Ergebnisse der Untersuchungen der Gehörorgane von 53 Tabeskranken; nur in 10 Fällen fand sich ein normales Gehör, bei allen übrigen war dasselbe, und zwar mit einer einzigen Ausnahme, stets doppelseitig, defect; die Prüfung mittelst Stimmgabel liess den Schluss zu, dass meist der schallpercipirende Apparat afficirt gewesen sein wird. Die Hörstörungen waren im Allgemeinen nicht sehr beträchtlich, subjective Geräusche konnten nur vereinzelt, Schwindel und Menière'sche Symptome gar nicht constatirt werden.

M. sieht den Zusammenhang der constatirten Gehörstörungen mit Tabes als eine Thatsache an, wodurch er naturgemäss zu dem Schlusse kommt, dass die bisherige Annahme von dem seltenen Auftreten von Ohraffectionen im Gefolge von Tabes eine irrige sein müsse, vielmehr gerade im Gegentheil das Ohr bei Tabes sehr häufig in Mitleidenschaft gezogen werde. Insofern sich diese Behauptung auf obige Untersuchungen stützt, sind doch entschieden Bedenken dagegen auszusprechen. Für's Erste ist es auffällig, dass der Autor nicht blos für die Fälle mit Affectionen des schallpercipirenden, sondern auch des schallleitenden Apparates einen genetischen Zusammenhang mit der Tabes voraussetzt, indem er letztere als trophische Störungen hinstellt nach Analogie der experimentellen Untersuchungen von Gellé, Kirchner u. A., die sich auf krankhafte Veränderungen der Mittelohrschleimhaut nach Reizung und Durchschneidung des Trigemimus beziehen; auf den clinischen Nachweis derartiger Quintusaffectionen geht aber M. bei seinen Untersuchungen, deren eine grosse Zahl überhaupt nur je einmal vorgenommen wurde, nicht ein. Sectionsnachweise fehlen. Aber auch bei den als Erkrankungen des schallempfindenden Apparates diagnosticirten Fällen dürfte die Annahme des Autors, dass der Zusammenhang derselben mit der Tabes eine Thatsache sei, weiterer Begründung bedürfen, zumal die anamnestischen Angaben sehr spärliche sind. — Sodann werden sich in einer grossen Zahl der Untersuchungen die gefundenen Hörstörungen viel leichter durch andere Umstände deuten lassen, vor Allem durch das Alter der Untersuchten. Es beziehen sich nämlich die 53 Untersuchungen

Digitized by Google

auf 15 Individuen zwischen 30—40 Jahren, auf 16 zwischen 40 bis 50 Jahren und auf 22 zwischen 50—80 Jahren. Von den als normalhörend befundenen 10 Individuen entfallen nicht weniger als 7 auf die jüngste Altersclasse (30 — 40 Jahre), 2 auf die folgende (40 — 50 Jahre), während von 22 der letzten Classe (50 — 80 Jahre) nur ein Einziger normalhörend war. In Zusammenhang hiermit beträgt der vom Autor als 81,13 pCt. gefundene Procentsatz ohrenkranker Tabiker, auf die jüngste Classe vertheilt, nur 53 pCt., auf die älteste dagegen 95,5 pCt., ein Unterschied, welcher bei Voraussetzung eines und desselben zu Grunde liegenden Krankheitsprozesses (Tabes) schwer verständlich sein dürfte. Keller.

Influenza, Diabetes, Otitis media purulenta, einseitige Epilepsie, Operation wegen vermutheten Gehirnabscesses, Autopsie. (A Case of Hemiplegic Epilepsy, Probably Diabetic, Simulating Cerebral Abscess.) Von Robert Abbe, New-York. (New-York. Med. Journ., 9. August 1890.)

45jähriger kräftiger Mann. Anfall von Influenza Ende December 1889, Otitis media purulenta der linken Seite, Polyurie, starker Verfall der Kräfte. Im folgenden Februar aphasische Zufälle, Kopfschmerz, meist linksseitig, Schwindelgefühl, Schläfrigkeit. Im März 1890 traten epileptische Anfälle der rechten Körperseite auf; anfangs waren blos die Extremitäten betroffen, später auch der Facialis. Nach jedem Anfall vorübergehend Aphasie. Wegen Verdachts auf Syphilis Jodkalium in starken Dosen; keine Besserung. Augenhintergrund normal. Ende März trat eitrige Entzündung des linken Warzenfortsatzes hinzu. Man dachte an die Möglichkeit, dass die Eiterung nach innen perforirt habe und durch Druck auf die motorischen Rindencentren der oberen und unteren Extremität und der Facialis, sowie auch auf das Sprachcentrum, die Functionsstörung dieser Theile bedinge. Operative Eröffnung des Warzenfortsatzes mit Blosslegung der Dura, Fahndung nach einem intracraniellen Eiterherd, jedoch ohne Erfolg. 3 Tage darauf Trepanation des Schädeldaches vor dem unteren Ende der (linken) Fissura Rolandi, Exploration der Gehirnsubstanz mittelst Sonde. Kein Eiter. Exitus nach 5 Tagen. Autopsie: Gehirn und Meningen macroscopisch vollkommen normal. Peritonitische Adhäsionen am Pancreas, Milz und Colon transversum. Pancreas zu einem Viertel seiner normalen Grösse geschrumpft, bindegewebig entartet. Es beruhten demnach die Symptome, welche einen Gehirnabscess vortäuschten, auf dem Diabetes. A. Sch. (N.-Y.)

b) Rhinologische:

Die Anatomie der Nasenhöhlen. (The anatomy of the nasal chambers.) Von Harrison Allen, Philadelphia. (The New-York med. Journ., 2. Februar 1889.)

Verf. giebt eine klinisch-anatomische Beschreibung der Nasenhöhlen. Unter vielem Bekannten erwähnt er auch das Hervorragen von aufgetriebenen Ethmoidalzellen in dem vorderen Theil der Nasenhöhle, hinter dem Proc. uncinnatus. Er hat an Schädeln nicht so ganz selten eine Asymmetrie der beiden Nasenhöhlen gefunden ohne Deviation des

Digitized by Google

Septums, öfter betraf diese Verengerung die linke Seite. Die hinteren Enden der 4 unteren Muscheln können physiologisch über die hintere Fläche der Choanen hervorragen, ohne dass der Mensch davon belästigt wäre. Dr. M. Schm.

Ueber Rhinitis pseudomembranacea, Rhinitis fibrinosa, crouposa. (Du coryza pseudomembraneux, rhinite fibrineux, croupale.) Von Dr. V. Raulin. (Revue de laryngologie No. 9.)

1882 zuerst von Schüler im Jahrbuch für Kinderheilkunde und 1883 von Henoch beschrieben, wurden später einige seltene Fälle von Major, Hartmann, Seifert, Moldenhauer, Hamilton Potter, Chapin beschrieben. Verf. giebt die genaue Geschichte vier weiterer, in der Moure'schen Klinik beobachteter Fälle.

Die Krankheit kommt fast nur bei Kindern vor; nicht contagiös, sporadisch auftretend, meist beim weiblichen Geschlechte; Ursache unbekannt. Die primäre Form beginnt als starker Schnupfen, Fieber; dann Membranen verschiedener Dicke, Eczema der Oberlippe, meist doppelseitig; keine Ganglienschwellung und kein gestörtes Allgemeinbefinden im späteren Stadium. Die secundäre Form ist viel seltener; Seifert hat einen Fall beschrieben. Heilung ist der gewöhnliche Ausgang. Microscopisch zeigen die Pseudomembranen keine Bacillen, wie sie Löffler bei Diphtheritis beschrieben hat; auch zeigt die Mucosa ein intactes Epithel, während bei Diphtheritis Necrose mit Geschwür- und Narbenbildung besteht. Die Differentialdiagnose ist Anfangs nicht leicht zu stellen und giebt der Verlauf die besten Anhaltspunkte. Die milde locale Behandlung ist am besten; gewaltsames Entfernen der Membranen mittelst Sonde und Pincette verschlimmert das Leiden. Cocain, Papaïn, Atropin, Jod, Jodol, Menthol, Säuren helfen nicht; man bepinselt am besten mit Acid. lacticum 1 Gramm, Acid. carbol. 1,50 Gramm, Glycerin 15 Gramm.

Dr. P. K.

Cystopneumatische Degeneration der mittleren Nasenmuschel. (Transformation kystopneumatique du cornet moyen.) Von Dr. Schmiegelow. (Société médicale de Copenhague und Revue de laryngologie No. 10.)

Verf. giebt 3 solche Krankengeschichten. Immer ist polypöse Degeneration der umgebenden Mucosa dabei. Kopfschmerzen, als Reflexneurose zu betrachten, fehlen nie; die übrigen localen Symptome sind die der Nasenobstruction und der Knochencysten im Allgemeinen.

Dr. P. K.

Ein Fall von Nasenstein. (Un cas de rhinolithe.) Von Dr. Baden. (Hosp. Tidende und Annales maladies de l'oreille et du larynx No. 8.)

Eine 45jähr. Frau leidet seit 4 Jahren an stinkendem rechtsseitigen Nasenfluss; rechtsseitiges Ohrensausen nebst Stirn- und Schläfenschmerzen. Ein beweglicher harter Körper wird aus dem rechten Nasenloch entfernt. Das Centrum des Körpers war durch einen Kirschkern gebildet; um denselben hatten sich Kalk und kohlensaure Salze angelegt.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Ueber Hyperostose des vor der Maxilla gelegenen Theils der Nasenscheidewand. (On hyperostosis of the praemaxillary portion of the nasal septum.) Von Harrison Allen, Philadephia. (Med. News, 23. August 1890.)

Aus der Beschreibung des Verf.'s ist mir nicht ganz klar geworden, wo die Verdickung liegt. Es scheint mir die Stelle dicht hinter dem Naseneingang zu sein und die Verdickung wird ungefähr das darstellen, was von anderer Seite als Luxation des Septums beschrieben worden ist, denn er führt Fälle an, in welchen die fragliche Verdickung in der Mitte des Septums nach hinten zu gelegen war. Er beschreibt 4 Fälle, welche erst dann von ihren Beschwerden ganz befreit wurden, als er diese Massen entfernt hatte. Dr. M. Schm.

Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase. (Enlévement des corps étrangers du nez.) Von Dr. Charles W. Dodd. (Lancet, 3. Novbr. 1889 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 8.)

Ein 1 — 2 Fuss langes Kautschukrohr wird in das freie Nasenloch eingeführt, so dass es selbes ganz ausfüllt; der Arzt bläst stark zum anderen Ende hinein und der Fremdkörper wird herausbefördert; bei Kindern wird durch das Schreien das Gaumensegel gehoben und der Mund abgeschlossen; bei Erwachsenen erzielt man diesen Abschluss durch Wasserschlucken. Die Manipulation versagt nie. Dr. P. K.

Melanosarcome der Nase. (Mélanosarcomes du nez.) Von Dr. Michael. (Congrès internat. de Berlin und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 8.)

Melanosarcome sind selten. Verf. beschreibt einen Fall. Ein zweiter Fall schien dieselbe Diagnose zu rechtfertigen, die microscopische Untersuchung ergab aber einen einfachen, durch Pigmentschwarz gefärbten Nasenpolypen; ein ähnlicher Fall befindet sich nirgends beschrieben.
Dr. P. K.

Ein lufthaltiger Nasenpolyp. (Un cas de polype nasal contenant de l'air.) Von Dr. Michael. (Congrès internat. de Berlin und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 8.)

Ein bei einem 7jährigen Mädchen entfernter einfacher Nasenpolyp liess beim Durchschneiden unter Wasser Luft entweichen. Verf. konnte in der Literatur keinen ähnlichen Fall finden und vergleicht ihn mit den öfters beobachteten Fällen von lufthaltigen Vaginalpolypen.
Dr. P. K.

Zur Casuistik des Rhinoscleroms. Von Dr. A. Lutz in Honolulu. (Monatshefte für pract. Dermatologie No. 2, Bd. XI.)

Bei einem 30jähr. Neger befiel das Sclerom zuerst die Oberlippe und das linke Nasenloch, kroch in dasselbe hinein, um im Verlaufe des nächsten Jahres auf das rechte Nasenloch über zu gehen. Der knorpelige Theil der Nase ist diffus verdickt, die Resistenz desselben erreichte die Härte eines Chondroms, das Lumen beider Nasenlöcher ist total verlegt. Durch Tampons und Einlegen von Federposen wurde zwar das Lumen der Nasenlöcher hergestellt, doch der Process selbst, trotz der Anwendung

Digitized by Google

von Salicyl-Carbolsäure, Pyrogallol und Chrysarobin, Sublimat, nicht zur Heilung gebracht. — In einem excidirten Stücke konnten microscopisch hyaline Kugeln nur spärlich nachgewiesen werden, die Rundzellen waren mehr weniger gestreckt und fanden sich dazwischen auch Züge von welligem Bindegewebe; der characteristische Bacillenbefund konnte trotz der grössten Sorgfalt nicht erhoben werden.

Szenes.

Adenoide Gewächse im Cavum nasopharyngeum, gewöhnlich postnasale Gewächse genannt. (Adenoid growths in the nasopharynx, commonly called postnasal growths.) Von W. R. H. Stewart, London. (Lancet, 20. Septbr. 1890.)

Unter den ganz richtig auseinander gesetzten Folgen führt Verf. auch das leichtere Verderben der Zähne durch das Offenstehen des Mundes an. Die Diagnose macht er mit dem Finger, weil es beinahe immer unmöglich sei, die Rhinoscopia posterior zu machen (? Ref.). Er operirt sie fast nur mit dem Gottstein'schen Schaber oder mit seinem Fingernagel und zwar immer in der Chloroformnarcose. Wenn man mit einer Zange operire, so soll man immer den Finger als Leiter benutzen. Man solle vor der Operation immer nach einer etwaigen hämorrhagischen Diathese fragen.

Dr. M. Schm.

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Epithelioma an den Zahnwurzeln, alle Symptome eines Osteosarcoms darbietend. Resection des Unterkiefers. Heilung. (Epithélioma paradentaire présentant tous les signes d'un sarcome du maxillaire inférieur. Résection du maxillaire. Guérison.) Von Dr. Polaillon. (Union médicale und Revue de laryngol. et d'otol. No. 20.)

Ein 53jähriger Mann hatte am horizontalen Ast des rechten Unterkiefers eine bohnengrosse Geschwulst; eine Zeit lang stationär, wuchs sie später ziemlich schnell bis zu Kindskopfgrösse heran. Alle Symptome eines Osteosarcoms waren vorhanden. Die Resection wurde ausgeführt und der Kranke heilte. Die microscopische Untersuchung ergab ein Epithelioma.

Dr. P. K.

Sollen wir den idiopathischen Retropharyngeal-Abscess von innen oder von aussen eröffnen? Von Dr. Johann Bókai, Docent und Primararzt in Budapest. (Orvosi hetilap No. 30, 1890. — Festschrift zu E. Henoch's 70. Geburtstag.)

Auf Grund der Erfahrungen seines seligen Vaters und seiner 138 Fälle kam Verfasser zu dem Schlusse, dass der von Burckhardt empfohlenen Methode bei der operativen Behandlung der idiopathischen Retropharyngeal-Abscesse keineswegs der Vorrang vor der inneren Eröffnung zugestanden werden kann, um so weniger, da die äussere Eröffnung eine solch' heikle Operation ist, die nicht durch jeden Arzt und zu jeder Zeit und unter welchen Umständen immer ausgeführt werden kann. In Folge der Unschlüssigkeit in der Vornahme der Operation dieser Abscesse oder des Aufschubes derselben, kann der Patient um's Leben kommen. Doch giebt Verfasser andererseits gerne zu, dass der

Digitized by Google

Burckhardt'schen Methode bei der Operation der Abscesse spondylitischen Ursprungs und auch bei den durch Fremdkörper hervorgerufenen Retropharyngeal-Abscessen eine Zukunft prognosticirt werden kann. Szenes.

Drüsenanschwellung an der Zungenbasis. Zungentonsille. Bericht eines Falles. (Glandular Hypertrophy at Base of Tongue. Lingual Tonsil. Case Report.) Von A. B. Thrasher, Cincinnati, O. (The Journal of the Amer. Med. Ass, 5. Juli 1890.)

Trotz des vielversprechenden Titels bringt der kurze Artikel doch nichts dem Specialisten Unbekanntes. W. Fr. (N.-Y.)

Ein Fall von Osteom des Stirnsinus. (A case of osteoma of the frontal sinus.) Von Stanley Boyd. (Lancet, 20. Septbr. 1890.)

Der elfenbeinähnliche Tumor war in 7 Jahren gewachsen. Er wurde mit Erfolg entfernt. Dr. M. Schm.

Kann bei Larynxphthise durch endolaryngeale chirurgische Behandlung eine radicale Ausheilung des Kehlkopfes erlangt werden? Von Dr. Th. Heryng. (Berl. klin. Wochensch. No. 37 und 38, 1890.)

H. erörtert die Frage, ob das tuberculöse Ulcus oder Infiltrat im Larynx durch chirurgische Eingriffe radical beseitigt werden kann, und ob, ausser klinischen Beweisen, welche bereits vorliegen, auch anatomische Präparate und microscopische Befunde als Stützen für die Möglichkeit einer totalen Heilung erbracht werden können. Die Antwort hierauf lautet: „dass bei combinirter Larynx- und Lungenphthise durch chirurgische Behandlung der Kehlkopf in den seltensten Fällen zur völligen Ausheilung gelangen und seine Functionen wiedererlangen kann, dass in anderen, häufigeren Fällen eine bedeutende, Monate und Jahre anhaltende Besserung zu erzielen ist, trotzdem aber Recidiven nicht vorgebeugt, der weiteren Entwickelung von Destructionen in der Lunge durch sie nicht entgegengewirkt werden kann, ferner dass die Allgemeinbehandlung immer als das wichtigste Moment der Therapie angesehen werden muss". H. geht von dem Grundsatze aus, dass, obwohl die Prognose fast immer durch die Lungenerkrankung bestimmt werde, der grösste Theil der Larynxphthisiker ungeheilt bleibe, und die genannte combinirte Erkrankung in den meisten Fällen letal verlaufe, — es dennoch Pflicht sei, nach Möglichkeit gegen sie anzukämpfen, da die Tuberculose des Larynx zu den qualvollsten Leiden Veranlassung gäbe und die Kranken öfters dem Hungertode aussetze. Es müsse danach getrachtet werden, die Qualen zu lindern, das Leben zu verlängern und, wie in höchst seltenen, glücklichen Fällen möglich sei, Ausheilung im Larynx und Wiederherstellung seiner Functionen anzuregen. H. bezeichnet die Erfolge, welche er nach diesen Richtungen mit der von ihm angegebenen Behandlungsmethode in den seit seiner ersten Arbeit über diesen Gegenstand (die Heilbarkeit der Larynxphthise und ihre chirurgische Behandlung) verflossenen 4 Jahren erzielt hat, als ermuthigend. Es werden 3 Fälle mitgetheilt, welche dieses Urtheil allerdings rechtfertigen. Der

Digitized by Google

erste Fall betraf eine tuberculöse 48jährige Frau mit tuberculöser Infiltration der Epiglottis, der Aryknorpel, des linken Taschenbandes und verschiedenen tiefen Ulcerationen an diesen Theilen. Die Behandlung bestand in Application von Milchsäure, Auskratzung der Ulcerationen mit dem scharfen Löffel, Aetzungen mit Chromsäure, Chlorzink und Injectionen von Jodoform in das Lig. aryepiglott. und Taschenband. Es trat allmählig Vernarbung ein, welche jetzt bereits über 3 Jahre angehalten hat. Die Stimme ist rein und gut, Allgemeinzustand ganz befriedigend. Der zweite Fall, eine tuberculöse 38jährige Frau mit hochgradiger tuberculöser Infiltration der Epiglottis und ausgebreiteten Ulcerationen am rechten Taschenbande und auf der hinteren Larynxwand, ging an der Lungenaffection zu Grunde, nachdem im Kehlkopf Vernarbung eingetreten war und ebenfalls über 3 Jahre gedauert hatte. „Sie sprach und sang mit ganz reiner Stimme." Das betr. Kehlkopfpräparat konnte erlangt werden und zeigt, wie aus der Narbe ersichtlich, vollkommene Ausheilung des Processes, ohne Recidiv, trotz fortschreitender Lungenphthise. Bei dem dritten Kranken, einem tuberculösen 28jähr. Polizisten, der ein halbes Jahr in Beobachtung stand und dann an einer Pneumonie zu Grunde ging, war eine grosse circumscripte tuberculöse Infiltration der hinteren Larynxwand durch Auskratzung im Verlaufe von ca. 3 Wochen in Heilung und Vernarbung übergeführt worden. Durch die microscopische Untersuchung der glatten Narbe an der Hinterwand haben Tuberkel- oder Bacillendepots eben so wenig nachgewiesen werden können, wie in allen übrigen Kehlkopftheilen, die trotz äusserlich normaler Beschaffenheit hierauf besonders untersucht wurden.

H. wendet sich sodann gegen die etwaige Behauptung, dass diese 3 Fälle solche von spontaner Heilung gewesen sein möchten. Er hat unter 1980 Fällen von Larynxphthise nur 14 Mal spontane Heilung beobachtet, und zwar fast ausnahmslos nur in leichten Fällen von Stimmbandgeschwüren, bei gutem Allgemeinzustand, guten äusseren Verhältnissen und Lungenaffection „fibrösen" Charakters. Dem gegenüber stehen aber an Erfolgen der chirurgischen Behandlung 70 Vernarbungen in einem Zeitraume von 4 Jahren, bei denen Beseitigung der Dysphagie, Wiederherstellung der Stimme und Verlängerung des Lebens erreicht werden konnte. Trotzdem will H. mit diesen Fällen nicht die Möglichkeit einer radicalen Ausheilung der combinirten Larynxphthise beweisen (da die Dauer der Heilung nicht garantirt werden könne und Recidive öfters eintreten); wohl aber nimmt er ihre Beweiskraft in Anspruch für die Vortheile der Methode, wenn sie, unter gewissenhafter Auswahl der Fälle und nicht ohne specielle Indication, mit Consequenz und Energie durchgeführt wird (und hierin muss auch Referent Herrn Collegen Dr. Heryng vollkommen beistimmen).

Dass H. in leichteren Fällen von beginnender Larynxphthise Anfangs auch mildere Mittel local anwendet, die Besserung des Allgemeinbefindens und der Lungenerkrankung etc. berücksichtigt und nicht jeden Fall sofort unter seine Instrumente nimmt, ist selbstverständlich. Die Nothwendigkeit einer chirurgischen Behandlung mancher Fälle ergiebt sich für ihn übrigens aus der „durch Theorie und Praxis immer mehr bestätigten" Erfahrung, dass eine primäre Larynxphthise existirt, „dass dieselbe öfter vorkommt, als dies gewöhnlich angenommen wird", und dass vom

Digitized by Google

Larynx aus eine allgemeine Infection bezw. secundäre Lungenaffection nicht ausgeschlossen werden könne.

Als Indicationen für das Curettement stellt H. auf: begrenzte Infiltrationen resp. wuchernde Geschwüre der hinteren Larynxwand und frische, einseitige, entzündliche Infiltrate an der Epiglottis; Infiltrationen und tiefe Ulcerationen der Taschenbänder; wuchernde Geschwüre mit Granulationsbildungen, die von der Oberfläche oder den Rändern der Stimmbänder, oder von den Proc. vocales ausgehen und manchmal zu Granulationsstenose führen.

Als Grundsatz müsse hierbei gelten, so tief, so energisch wie möglich vorzugehen.

Contraindicirt sei die Methode bei stark deprimirten, heruntergekommenen, willenlosen, bei hochgradig fiebernden und kraftlosen Pat., bei solchen, welche an Spiegel und Instrumente nicht genügend gewöhnt oder nervös, ungeduldig, misstrauisch sind, welche ambulatorisch behandelt werden wollen und sofortige Besserung erwarten, bei solchen endlich, denen Beschäftigung und Charakter nicht erlaubt, die immer langwierige Behandlung consequent durchzuführen. Heinze.

Notiz.

Der **10. Congress für innere Medicin** findet **vom 6. — 9. April 1891** zu Wiesbaden statt. Den Vorsitz übernimmt Herr Leyden (Berlin).

Als Hauptthemata sollen zur Verhandlung kommen:

Montag, 6. April: Die Gallensteinkrankheiten. Referenten: Herr Naunyn (Strassburg) und Herr Fürbringer (Berlin).

Dienstag, 7. April: Das Koch'sche Heilverfahren bei Lungentuberculose und anderen inneren tuberculösen Erkrankungen.

Mittwoch, 7. April: Angina pectoris. Referenten: Herr A. Fränkel (Berlin) und Herr O. Vierordt (Heidelberg).

Ausserdem sind folgende Vorträge bereits angemeldet: Herr Kahler (Wien): Ueber intermittirende Albuminurie. — Herr Mosler (Greifswald): Ueber Behandlung der Leukämie. — Herr Th. Schott (Nauheim): Ueber Differentialdiagnostik der Pericardialexsudate und der Herzdilatation. — Herr Knoll (Prag): 1) Zur Lehre von den Kreislaufstörungen. 2) Zur Lehre von den krankhaften Veränderungen der quergestreiften Musculatur. — Herr Brieger (Berlin): Ueber chemische Vorgänge bei Infectionskrankheiten. — Herr Rosenstein (Leiden): Ueber die Diagnose der hypertrophischen Lebercirrhose. — Herr Quincke (Kiel): Ueber Hydrocephalus. — Herr Eichhorst (Zürich): Wahrnehmungen über den Patellarsehnenreflex bei Tabes dorsalis. — Herr Edlefsen (Kiel): 1) Zur Frage der Entstehung des vesiculären Athmungsgeräusches. — 2) Zur Statistik der Varicellen, mit Rücksicht auf die neuerdings wieder behauptete Zugehörigkeit derselben zur Variola. — Herr Külz (Marburg): Thema vorbehalten. — Herr Tappeiner (München): Ueber die diuretische Wirkung der Phenylmethylpyrazolcarbonsäure. — Herr G. Klemperer (Berlin): Thema vorbehalten. — Herr Leo (Bonn): Thema vorbehalten. — Herr Friedländer (Leipzig): 1) Ueber die Methode der „mathematischen Diagnostik“ des acuten Gelenkrheumatismus und aller

Digitized by Google

sonstigen Gestaltungsformen des Rheumatismus centralis. 2) Zur Aetiologie des Morbus Brightii. — Herr Leubuscher (Jena): Klinische Untersuchungen über die Säureabscheidung bei Geistes- und Nervenkrankheiten — Herr Lenhartz (Leipzig): Thema vorbehalten. — Herr Schmaltz (Dresden): Die Untersuchung des specif. Gewichts des menschlichen Blutes und das Verhalten desselben bei anämischen Zuständen. — Herr Mordhorst (Wiesbaden): Zur Diagnose und Behandlung der Gicht.

Mit dem Congresse ist eine Ausstellung neuerer ärztlicher Apparate, Instrumente, Präparate etc. verbunden. Anmeldungen für dieselbe sind an den Secretär des Congresses, Herrn Dr. Emil Pfeiffer, Wiesbaden, Friedrichstrasse, zu richten.

Das Geschäfts-Comité des Congresses für innere Medicin.

Curschmann. Immermann. v. Ziemssen. Bäumler.

Dr. Emil Pfeiffer,
ständiger Secretär des Congresses.

III. Inserate.

Verlag von August Hirschwald in Berlin.

Soeben erschien:

Die pathologische Anatomie des Gehörorgans

bearbeitet von Prof. Dr. **Steinbrügge.**

1891. gr. 8. Mit 20 Holzschn. 3 M.

(Prof. Orth's Lehrbuch der pathol. Anatomie. 6. Lfg.)

INHALT.

I. Originalien: Lamann: Die Accumulatoren im Dienste der Laryngologie etc. — Szenes: Bericht über die Verhandlungen der otologischen Section des X. internationalen medicinischen Congresses zu Berlin (Schluss). — Hansberg: Heilung eines grossen „typischen" Nasenrachenpolypen. — Przedborski: Beitrag zur Kenntniss der Aetiologie, Diagnose und Therapie des Vorfalls der Schleimhaut der Morgagni'schen Taschen (Prolapsus vel hernia ventric. Morgagni) (Fortsetzung). — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Bürkner: Bericht über die im Etatsjahr 1888/89 in der Poliklinik für Ohrenkrankheiten zu Göttingen beobachteten Krankheitsfälle. — Jacoby: Casuistische Beiträge zur operativen Behandlung der Caries des Schläfebeines (22 Meisseloperationen bei 20 Kranken). — Morpurgo: Ueber das Verhalten des Gehörorgans bei Tabes. — Abbe: Influenza, Diabetes, Otitis media purulenta, einseitige Epilepsie, Operation wegen vermutheten Gehirnabscesses, Autopsie. — b) Rhinologische: Allen: Die Anatomie der Nasenhöhlen. — Raulin: Ueber Rhinitis pseudomembranacea. Rhinitis fibrinosa, crouposa. — Schmiegelow: Cystopneumatische Degeneration der mittleren Nasenmuschel. — Baden: Ein Fall von Nasenstein — Allen: Ueber Hyperostose des vor der Maxilla gelegenen Theils der Nasenscheidewand. — Dodd: Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase. — Michael: Melanosarcome der Nase. — Michael: Ein lufthaltiger Nasenpolyp. — Lutz: Zur Casuistik des Rhinoscleroms. — Stewart: Adenoide Gewächse im Cavum nasopharyngeum, gewöhnlich postnasale Gewächse genannt. — c) Pharyngolaryngologische: Polaillon: Epithelioma an den Zahnwurzeln, alle Symptome eines Osteosarcoms darbietend. Resection des Unterkiefers. Heilung. — Bókai: Sollen wir den idiopathischen Retropharyngeal-Abscess von innen oder von aussen eröffnen? — Thrasher: Drüsenanschwellung an der Zungenbasis. Zungentonsille. — Boyd: Ein Fall von Osteom des Stirnsinus. — Heryng: Kann bei Larynxphthise durch endolaryngeale chirurgische Behandlung eine radicale Ausheilung des Kehlkopfes erlangt werden? — Notiz, betr. den 10. Congress für innere Medicin. — III. Inserate.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I. Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**	**Dr. N. RÜDINGER** o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**	**Dr. v. SCHRÖTTER** Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**	**Dr. WEBER-LIEL** Professor der Ohrenheilkunde in **Bonn.**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.

Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXV. **Berlin, März 1891.** **No. 3.**

I. Originalien.

Das Gewicht menschlicher Gehörknöchelchen.

Von

A. Bistrzycki und **K. v. Kostanecki.**

Urbantschitsch*) hat durch genaue Messungen menschlicher Gehörknöchelchen gezeigt, dass „das Wachsthum derselben bereits im frühesten Kindesalter abgeschlossen zu sein scheint, und dass bei der Mannigfaltigkeit, welche die Grösse der Gehörknöchelchen im Allgemeinen aufweist, es nicht selten vorkommt, dass die Ossicula beim Erwachsenen sogar kleiner sind, als bei Neugeborenen."

Die Arbeit von Eitelberg.**), der an sorgfältig macerirten Gehörknöchelchen in 30 Fällen Wägungen ausgeführt hat, beschäftigt sich mit der Frage, ob dieser Gleichheit in der Form und Grösse bei den Gehörknöchelchen des Kindes und des Erwachsenen auch eine gleiche Compactheit der Gebilde entspricht, oder ob sich in dieser Beziehung bemerkbare Unterschiede feststellen lassen. Es ergab sich nun, dass der Ambos und vor Allem der Hammer beim Kinde ein niedrigeres Gewicht, als beim

*) Zur Anatomie der Gehörknöchelchen des Menschen. Archiv f. Ohrenheilkunde Bd. XI, pag. 1—11.

**) Resultate der Wägungen menschlicher Gehörknöchelchen. Monatsschrift für Ohrenheilkunde XVIII, 1884.

Digitized by Google

Erwachsenen besitzt, dass also „die Massenzunahme noch über das zarte Kindesalter hinaus vor sich geht". Beim Steigbügel macht sich dagegen ein solcher Unterschied nicht geltend. Die individuellen Schwankungen im Gewichte der Gehörknöchel erwiesen sich als sehr beträchtlich, während bedeutendere Unterschiede zwischen den Gehörknöchelchen beider Seiten desselben Individuums nicht bestanden. Auch das Geschlecht der Individuen, denen die Knöchelchen entnommen waren, hatte keinen Einfluss auf das Gewicht der letzteren. Die höchsten Gewichtszahlen erhielt Eitelberg für den Hammer und den Ambos bei Personen im mittleren Lebensalter (20 — 50 Jahre). Er hebt aber selbst hervor, dass man natürlich nur auf Grund einer viel grösseren Vergleichstabelle aussagen könnte, ob das Gewicht der Gehörknöchel „in dieser Periode bezüglich der festen Bestandtheile die Norm quasi überschreite, um vielleicht in einer späteren Periode, im Greisenalter, zur durchschnittlichen Gewichtshöhe zurückzukehren". Das gegenseitige Verhältniss des Gewichts der einzelnen Gehörknöchelchen zeigte auch wenig Regelmässigkeit. Der Ambos war in der Regel schwerer als der Hammer, in mehreren Fällen gleich schwer, einmal selbst leichter. Eben so wenig zeigte das Gewicht des Steigbügels ein constantes Verhältniss zu dem der anderen Knöchel, indem keineswegs zu den schwersten Hammern und Ambosen auch die schwersten Steigbügel gehörten.

Um nun zur Beurtheilung dieser Fragen, die sich nur auf Grund einer möglichst umfangreichen Statistik beantworten lassen, einiges Material beizubringen, haben wir in 22 Fällen die Wägung von Gehörknöcheln vorgenommen. Um aber alle zufälligen Gewichtsdifferenzen auszuschliessen, haben wir die Knöchel nicht direct nach der Maceration gewogen, indem wir von der Auffassung ausgingen, dass der Grad der Maceration, die Intensität und Dauer derselben, auch Einfluss darauf haben muss, wie viel von den organischen Bestandtheilen durch Fäulniss zerstört wird, was in diesem Falle, wo es sich höchstens um Gewichte von wenigen Centigrammen handelt, nicht zu unterschätzende Unterschiede liefern kann. Wir haben daher die Knöchel zunächst einer Maceration unterworfen, die theils in derselben Weise wie von Eitelberg vorgenommen, theils aber nur so weit ausgeführt wurde, dass nach Reinigung der Knöchel auch mit der Lupe keine Weichtheile mehr an ihnen wahrgenommen werden konnten, sodann aber im Platintiegel ausgeglüht und den Rückstand, die Asche, also die eigentlich festen Theile, gewogen.

Dass auch bei der sorgfältigsten Maceration organische Substanzen stets in den Knöcheln zurückbleiben, beweist der Umstand, dass dieselben beim Glühen sich jedes Mal vollständig schwärzten. Mehrmals war sogar die Menge der noch vorhandenen organischen Substanz so bedeutend, dass diese beim Erhitzen des Tiegels mit heller Flamme verbrannte. Und dass der Grad der Maceration auf die Menge der Ueberreste der organischen Bestandtheile von Einfluss ist, mag folgende Zusammenstellung von Gewichten einiger Gehörknöchelchen beweisen, die zunächst ungeglüht, dann geglüht gewogen wurden: Trotzdem sie äusserlich allem Anscheine nach völlig gleich macerirt waren, stehen die Gewichtsverluste, welche sie beim Glühen erlitten, in keinem regelmässigen Verhältniss zu einander.

Digitized by Google

TABELLE I.

No.	Hammer			Ambos			Steigbügel		
	ungeglüht	geglüht	Differenz	ungeglüht	geglüht	Differenz	ungeglüht	geglüht	Differenz
6	0,0236	0,0159	0,0077	0,0228	0,0154	0,0074	0,0017	0,0010	0,0007
13	0,0269	0,0176	0,0093	0,0278	0,0184	0,0094	0,0031	0,0015	0,0016
15	0,0239	0,0163	0,0076	0,0277	0,0200	0,0077	0,0034	0,0019	0,0015
18	0,0239	0,0155	0,0084	0,0261	0,0175	0,0086	0,0033	0,0021	0,0012
19	0,0283	0,0185	0,0098	0,0303	0,0202	0,0101	0,0027	0,0018	0,0009
22	0,0270	0,0179	0,0091	0,0308	0,0206	0,0102	0,0030	0,0020	0,0010

Die Wägungen wurden mit einer höchst empfindlichen Waage ausgeführt, welche bei der in Frage kommenden Belastung noch Gewichtsdifferenzen von 0,0001 Gramm mit Sicherheit anzeigte.

Unsere gesammten Wägungen ergaben nun folgende Resultate:

TABELLE II.

No.	Alter.	Geschlecht	Hammer	Ambos	Steigbügel
1	Neugeboren	männl.	0,0086	0,0092	0,0010
2	1 Jahr	weibl.	0,0128	0,0137	0,0012
3	9 Jahre	„	0,0150	0,0161	0,0014
4	11 „	männl.	0,0164	0,0166	0,0018
5	13 „	weibl.	0,0142	0,0159	—
6	20 „	„	0,0159	0,0154	0,0010
7	25 „	„	0,0153	0,0201	0,0018
8	20—30 Jahre	„	0,0172	0,0194	0,0020
9	20—30 „	männl.	0,0177	0,0194	0,0025
10	33 Jahre	„	0,0137	0,0164	0,0012
11	36 „	„	0,0170	0,0180	0,0017
12	37 „	„	0,0137	0,0163	0,0019
13	30—40 Jahre	weibl.	0,0176	0,0184	0,0015
14	30—40 „	„	0,0181	0,0224	0,0026
15	44 Jahre	„	0,0163	0,0200	0,0019
16	40—50 Jahre	„	0,0170	0,0204	—
17	40—50 „	männl.	0,0198	0,0232	0,0041
18	50—60 „	„	0,0155	0,0175	0,0021
19	60 Jahre	weibl.	0,0185	0,0202	0,0018
20	67 „	männl.	0,0140	0,0166	—
21	60—70 Jahre	„	0,0174	0,0225	0,0044
22	60—70 „	weibl.	0,0179	0,0206	0,0020

Die Tabelle zeigt, dass die Gehörknöchelchen des neugeborenen und des einjährigen Kindes einen viel niedrigeren Aschengehalt haben, als die älterer Individuen, dass dagegen vom neunten Jahre ab bis in's Greisenalter sehr bedeutende Schwankungen vorkommen, ohne dass die Unterschiede in einem regelmässigen Verhältniss zu dem Alter der Individuen stehen. In den folgenden, vergleichenden Betrachtungen sind die Nummern 1 und 2 nicht berücksichtigt.

Das Gewicht der Hammerasche schwankte zwischen 0,0137 und 0,0198 Gramm, das höchste Gewicht (0,0198 Gramm) fand sich bei einem Manne im mittleren Lebensalter; doch der darnach höchste Werth

Digitized by Google

(0,0185 Gramm) wurde bei einer Frau von 60 Jahren gefunden, und der niedrigste Werth (0,0137 Gramm) trifft einen Mann von 33 und einen von 37 Jahren.

Ganz analog verhielt sich die Asche des Amboses. Ihr Gewicht betrug 0,0154 bis 0,0232 Gramm; das höchste Gewicht (0,0232 Gramm) fand sich bei demselben Manne, dessen Hammer auch das höchste Gewicht hatte; da auch die zugehörige Steigbügelasche ein aussergewöhnlich hohes Gewicht aufweist, so war in diesem Falle bei allen drei Gehörknöchelchen die Ansammlung der Salze ganz ungewöhnlich stark. Im Allgemeinen gehören zu den schwereren Hammern auch entsprechend schwerere Ambose, wenngleich mehrere Ausnahmen zu verzeichnen sind. Das Aschengewicht des Hammers wird fast stets von demjenigen des Amboses übertroffen, wenn auch die Differenzen sehr verschieden gross sind, von 0,0002 bis 0,0051 Gramm; nur in einem Falle überstieg das Gewicht des Hammers dasjenige des Amboses, allerdings nur um die geringe Grösse von 0,0005 Gramm.

Der Steigbügel schwankt in seinem Aschengewicht zumeist zwischen 0,0010 und 0,0026 Gramm; nur in zwei Fällen erreichte es den abnorm hohen Werth von 0,0041 und 0,0044 Gramm. Auch beim neugeborenen und beim einjährigen Kinde betrug das Gewicht der Steigbügelasche bereits 0,0010 und 0,0012 Gramm. Es stimmt dies völlig mit der von Eitelberg hervorgehobenen Thatsache, dass, während die anderen Gehörknöchelchen über das embryonale Leben hinaus noch mehr oder weniger lange Zeit an Masse zunehmen, der Steigbügel bereits beim 8monatlichen Embryo in Hinsicht des Gewichtes seine vollständige Ausbildung erreicht. Aus unseren Wägungen geht ferner hervor, dass das Aschengewicht des Steigbügels durchaus nicht im Verhältniss zum Aschengewicht der anderen Gehörknöchelchen steht, wenn auch einer von den ungewöhnlich schweren Steigbügeln (0,0041 Gramm Asche) dem Manne gehörte, dessen andere Gehörknöchel gleichfalls die höchsten Werthe aufwiesen. Der allerhöchste Werth der Steigbügelasche (0,0044 Gramm) fand sich indessen bei einem Manne, dessen Ambosasche zwar ein sehr hohes Gewicht besass, dessen Hammerasche aber keineswegs über das Durchschnittsgewicht hinausging.

Ein Fall von Zweitheilung im vorderen Theil der mittleren Muschel.

Von

Dr. **W. Posthumus Meyjes**, Amsterdam.

In No. 8 des vorigen Jahrganges machte Dr. Killian aufmerksam auf einen Fall von sagittaler Spaltung der hinteren Enden beider Siebbeinmuscheln. Dies ist der erste Fall dieser Art, welcher genau wahrgenommen und beschrieben wurde, wie sich ersehen lässt aus den Worten, die er citirt. Analog hiermit nahm ich einen Fall wahr von Zweitheilung der unteren Siebbeinmuschel, doch nur im vorderen Theile derselben. In der Literatur fand ich ebensowenig einen solchen Fall beschrieben, weder in neueren Werken über Nasenkrankheiten, noch bei den Anatomen (Eustachius, Winslow, Henle, Hyrtl) fand ich Beweise,

Digitized by Google

dass diese Abnormität ihnen bekannt war. Der Wahrnehmung Killian's entgegengesetzt, konnte ich sagittale Spaltung nur constatiren im vorderen Theile der rechten medialen Concha, während in der linken Nasenhälfte und auch bei Rhinoscopia posterior keinerlei Abnormität zu bemerken war.

Killian meint, dass besagte Zweitheilung im vorderen und mittleren Drittel „relativ häufig vorkommt", doch ist dies der erste Fall dieser Art, den ich in circa 800 von mir untersuchten Nasen habe constatiren können. Klinische Bedeutung wird man, meiner Ansicht nach, dieser Abnormität wohl nicht beilegen. Die Anosmie, welche besagten Patienten bestimmte, sich in Behandlung zu geben, hing hiermit nicht zusammen, der Verlust des Geruchs existirte überdies vornehmlich auf der linken Seite.

Was die Deutung anlangt, lese man Schwalbe's Meinung, wie Killian sie widergiebt. — Mir kommt es überdies nicht unwahrscheinlich vor, dass die zu Zeiten wahrgenommene kleine vierte Muschel (Löwe, Heymann) thatsächlich die dritte ist, und man es mit einem Falle von Zweitheilung der mittleren Concha zu thun hat.

Fälle von Parosmien.

Von

Dr. **A. Ónodi**, Docent in Budapest.

Ein 37 Jahre alter College hatte im Mai 1888 einen acuten Schnupfen bekommen, welcher intensiv lange dauerte. Die Chlorkali-Ausspülungen blieben ohne Erfolg. Sein Catarrh hatte sich öfter erneuert, mit grosser Secretion verbunden, welchen selbst eine unternommene Orientreise nicht zu lindern vermochte. Die tägliche Zahl der gebrauchten Sacktücher stieg in dieser Zeit auf 18. Voriges Jahr bepinselte er seine Nase mit Cocain, welches die Secretion minderte. Sein Leiden verschlimmerte sich indessen durch ein im Gesicht aufgetretenes Erysipel, die Secretion war abermals gross und die Zahl der Sacktücher erreichte die erwähnte Nummer. Ausserdem sind perverse Geruchsempfindungen aufgetreten jede zweite Woche, u. zw. der Geruch des Moschus, des Petroleums und des Urins; sonst war sein Geruchsorgan sehr fein, er konnte die schwächsten Düfte percipiren. Die rhinoscopische Untersuchung zeigte einen chronischen Catarrh der Schleimhaut und eine mässige Schwellung der unteren Muscheln. Dieselbe wurde von mir galvanocaustisch beseitigt und der Catarrh local behandelt. Der therapeutische Erfolg war frappirend, da die perversen Geruchsempfindungen ausblieben und die tägliche Zahl der Sacktücher von 18 auf 1 — 2 sanken, und Patient fühlt sich ganz wohl. Interessant ist es, zu erwähnen, dass Pat. später einen acuten Catarrh der oberen Luftwege acquirirte und 3 Tage heiser war, bei dieser Gelegenheit war die Nase vollständig frei.

In diesem Falle sind die perversen Geruchsempfindungen durch peripherischen Reiz ausgelöst worden, wofür der therapeutische Erfolg auch spricht.

Ein anderer Fall bezieht sich auf eine ältere neurasthenische Frau, die ich wegen ihres chronischen Nasencatarrhs behandelte, u. zw. die vorhandenen Schwellungen auf galvanocaustischem Wege. Pat. hatte

Digitized by Google

eine perverse Geruchsempfindung von gebranntem Haar. Es ist interessant, dass das galvanocaustische Brennen ihren ähnlichen perversen Geruch Anfangs noch steigerte, der nach der Behandlung und Heilung aber vollständig ausblieb.

Noch einige Fälle will ich erwähnen, die ich bei an der Influenza erkrankten Collegen zu beobachten Gelegenheit hatte. In der Nase war ein starker acuter Catarrh und Schwellung der unteren Muscheln zu constatiren. Der eine College hatte 3 Tage immer Theer, Pech gerochen. Bei dem zweiten Collegen war die Parosmie molestirender, er hatte einen ganzen Tag Schellack verspürt, später hatte er perverse Geruchsempfindungen von Schwefel, Knoblauch und Leichen. Diese Gerüche haben ihn deprimirt und degoutirt für Speisen und Getränke. Dieselben sind nur während seiner Krankheit aufgetreten. Ein dritter College hatte 3 Tage verfaultes Fleisch gerochen und 2 Wochen störten ihn abwechselnd der Geruch der Seife und des Petroleums. In diesen mit der Influenza aufgetretenen Fällen ist der causale Zusammenhang auf die periphere Irritation des Geruchsorganes zurückzuführen. Meines Wissens sind in der Influenzaliteratur Fälle von Parosmien nicht verzeichnet worden.

Die Accumulatoren im Dienste der Laryngologie etc.

Von

Dr. med. **W. Lamann** in St. Petersburg.

(Schluss.)

Wie steht ein mit einer entsprechenden Zahl von Accum. versehener Arzt den Forderungen der 1) Galvanocaustik, 2) electrischen Beleuchtung, 3) Faradisation, 4) Galvanisation und 5) Electrolyse gegenüber?

1) Galvanocaustik. Den Vortheil der Accum. hat hier schon Dr. L. Bayer im genannten Aufsatz vollständig klargelegt. Durch Wegfall einer Zahl Schrauben etc. wird die Sicherheit des Stromschlusses beim Accum. im Vergleich zur Tauchbatterie bedeutend erhöht. Die Grösse des Accum. kommt hier wenig in Betracht. Der grösste, wie der kleinste Accum. haben dieselbe electromotorische Kraft, und das giebt hier den Ausschlag, denn das Quantum der Electricität (die Coulombzahl, die ein Accum. entwickelt) spielt hier eine untergeordnete Rolle. Benutzt man einen kleineren Accum., so muss er im Vergleich zum grösseren nur öfter chargirt werden. Im Moment des Erglühens eines Cauters werden jedoch beide dasselbe leisten. — Genügt ein Accum. für alle vorkommenden galvanocaustischen Operationen? Für die meisten Fälle — ja, doch nicht für alle. Die zierlich gearbeiteten französischen Cautere erglühen durchweg genügend bei einem Accum. Sie würden beim Strome von zwei Accum. sicher zu Grunde gehen. Auch für die meisten sich in meinem Besitz befindenden, meist massiver gearbeiteten Wiener und Breslauer Cautere genügt ein Accum. Doch ist wieder bei manchen anderen das Erglühen im Moment nur mit zwei Accum. zu erzielen. Auch die Grösse der Schlinge und die Dicke des Drahtes ist natürlich für die Stromstärke bestimmend. Zwei Accum. genügen entschieden für die grössten galvanocaustischen Operationen auf unserem Gebiet.

Digitized by Google

2) Electrische Beleuchtung. Ist es schon bei der Galvanocaustik eine missliche Sache, nur an eine gewisse, knapp berechnete Stromstärke gebunden zu sein, so ist um so mehr bei der electrischen Beleuchtung die Möglichkeit, die Stromstärke in gewissen Grenzen zu verstärken und abzuschwächen, conditio sine qua non. So wurde in meinem Beisein von einem bekannten Laryngologen nach dem Experimentiren mit der Clar'schen Lampe dieselbe für untauglich, d. h. einer gewöhnlichen Gasflamme gleichkommend, erklärt und das, meiner Ansicht nach, nur aus dem Grunde, weil der Instrumentenmacher ein jedes zum Clar'schen Reflector abgepasste Glühlämpchen mit einer bestimmten, nicht mehr zu vergrössernden Voltenzahl einer Tauchbatterie zum genügenden Glühen bringen wollte. Das hätte schon seine Richtigkeit, wenn alle unter einer Voltenzahl auf den Markt gebrachten Glühlämpchen dem Strome wirklich einen gleichen Widerstand entgegensetzten. Dies ist jedoch nicht der Fall, sie sind nur annähernd abgepasst. De facto bedarf ein jedes Glühlämpchen für den normalen Höhepunkt seines Glühens einer besonderen Voltenzahl, die sich für ein anderes Lämpchen entweder als ungenügend oder zu intensiv erweisen würde. Ja, noch mehr — ein jedes Glühlämpchen fordert in den verschiedenen Stadien seiner Arbeitsdauer eine andere Voltenzahl. Je länger das Lämpchen gearbeitet hat, um so mehr Volts müssen benutzt werden, um den durch das Dünnerwerden der Kohle erhöhten Widerstand auszugleichen. Mag das Glühlämpchen an einem Clar'schen Reflector oder an einem anderen System angebracht sein, mag es zur Be- oder Durchleuchtung dienen, stets muss also dafür gesorgt werden, dass der Strom nöthigenfalls verstärkt werden kann. Wer genügend mit Accum. versehen ist, fragt gar nicht so genau, wie viel Volts das Lämpchen braucht — was man wohl gezwungen ist, bei einer Tauchbatterie zu berücksichtigen[8]) —, sondern schaltet einfach so viel Accum. ein, bis das Lämpchen genügend glüht. Erweisen sich z. B. vier Accum. nicht genügend, fünf hingegen als nicht ungefährlich für das Lämpchen, so nimmt man fünf Accum. und führt einen Widerstand in die Kette, um den Strom entsprechend abzuschwächen. — Es ist durchaus nicht anzurathen, die höchste Stromstärke, die ein Lämpchen aushält, zu benutzen — das Lämpchen geht dadurch sehr schnell zu Grunde. Für Beleuchtungszwecke sind natürlich die grösseren Accum. vorzuziehen, weil sie eine grössere Coulombzahl entwickeln. Es unterliegt für mich keinem Zweifel, dass für den Arzt zu Beleuchtungszwecken die Accum. zur Zeit durch nichts Bequemeres zu ersetzen sind.

Auf meine Accum. bauend und das hier eben Erörterte im Auge habend, habe ich mir — trotz des angeführten abfälligen Urtheils — die Clar'sche Lampe mit einem Dutzend Reserveglühlämpchen von Reiner in Wien verschrieben. Seit einem Jahre arbeite ich mit dieser Lampe Tag für Tag, und ohne Bedenken muss ich dieselbe für einen ingeniösen Apparat erklären. Er gestattet bequemes, binoculäres Sehen und die Beleuchtung lässt nichts zu wünschen übrig. Ich ziehe diese Beleuchtung der Sonne vor, weil mich letztere blendet. Wiederholt habe ich mich vergeblich abgemüht, bei Sonnenlicht, mit Concav- und Plan-

[8]) Die Accum. können selbstverständlich auch zur Unterstützung schwacher Tauchbatterien verwandt werden.

Digitized by Google

spiegeln, Details im Kehlkopfe zu unterscheiden, die später bei der Clar-schen Lampe auf den ersten Blick in wunderbarer Klarheit vor mir lagen. — Selbstverständlich ist deshalb meine alte Petroleum-Arbeitslampe keineswegs von meinem Tisch verschwunden. Wenn ich z. B. den Larynx einfach zu bepinseln oder einen Ceruminalpfropf auszuspritzen habe, werde ich mir doch zu diesem Zwecke nicht jedesmal den schweren Clar'schen Reflector mit seinen Drähten etc. auf die Stirn binden.

3) Faradisation. Es ist nicht erst nöthig, viel Worte bei der Erläuterung des Umstandes zu verlieren, dass die Accum. den ihnen hier gestellten Forderungen vollkommen entsprechen. Dr. L. Bayer sagt in seinem citirten Aufsatz, Seite 196: „Ausserdem will ich nicht unerwähnt lassen, dass ich mich des Accumulators beständig bediene zu meinem Inductionsapparat . . ."

4) Galvanisation und 5) Electrolyse. Aus dem Ohm'schen Gesetz ist zu ersehen, dass bei grossem äusseren Widerstande die Stromstärke durch Vermehrung der Elementenzahl vergrössert werden muss, dass die Vergrösserung der Electromotoren hingegen keine Bedeutung hat. Dieser Forderung entsprechen vollkommen die für den constanten Strom von verschiedenen Firmen gelieferten Tauchbatterien, die eine grosse Zahl kleiner Elemente aufweisen. Um mit Accum. dasselbe leisten zu wollen, müsste man ihre Zahl entsprechend erhöhen. Das wäre nicht nur unpractisch, sondern auch recht kostspielig. — Damit würde ich auch diese Frage abschliessen, wenn ich nicht noch einige erläuternde Worte hinzuzufügen hätte gelegentlich einer Erklärung des Altmeisters Voltolini. Nachdem derselbe in seinem Werke: „Die Krankheiten der Nase etc.", Breslau 1888, Seite 415, seiner grösseren Batterien Erwähnung gethan, sagt er weiter: „Auch meine kleinsten Batterien von 5 Elementen (Fig. 26) genügen für die meisten electrolytischen Operationen (zumal wenn man sie jedesmal frisch füllt), besonders am Kopfe, denn hier kann man ohnedies keine sehr starken Ströme anwenden". Wäre ich voll und ganz derselben hier ausgesprochenen Ansicht, so könnte ich auch erklären: 5 Accum. — die mir auch zu Beleuchtungszwecken dienen — genügen „für die meisten electrolytischen Operationen", denn, zu einer Kette verbunden, leisten diese 5 Accum. doch nicht weniger, als die Fig 26 abgebildete Voltolini'sche kleinste Batterie. Das Eine wie das Andere hat jedoch, meiner Ansicht nach, seine Bedenken und höchstens die Bedeutung eines Nothbehelfes. Ist der Arzt im Besitz eines Galvanometers mit einem grösseren Widerstande, so wird er sich wohl in den meisten Fällen von vornherein von dem Einschalten dieses Instrumentes in die Kette lossagen müssen, um den äusseren Widerstand nicht zu erhöhen. Voltolini arbeitete allerdings ohne jegliches Galvanometer, und zwar principiell, denn er erklärt im genannten Werke, S. 416 u. 417, das Galvanometer für ein bei der Electrolyse „ganz unnöthiges Instrument". Ob das practisch sein mag? Wissenschaftlich gedacht erscheint es mir nicht. Es muss für mich doch immer die Frage von Interesse und Bedeutung sein, wie stark der Strom sein mag, den ich im gegebenen Augenblick durch ein lebendes Gewebe leite. Ferner habe ich noch folgendes Bedenken gegen so kleine Batterien. Da dem Arzte nur ein schwacher Strom zur Verfügung steht, so ist er gezwungen, den äusseren Widerstand zu reduciren, mit anderen

Digitized by Google

Worten — beide electrolytischen Nadeln etc. einander so zu nähern, dass noch eine greifbare electrolytische Wirkung erzielt werde. Durch diesen Zwang ist der Arzt in seiner freien Handlungsweise lahm gelegt. Er kann die beiden Pole nicht dort appliciren, wo er es am liebsten thäte, sondern dort, wo die vermuthliche Stärke seines Stromes ihm dieses gestattet. Nun kann man aber bei der Anwendung des Stromes nie im Voraus wissen, wie viel Elemente man im gegebenen Falle gebrauchen werde. Immer muss also ein gewisser Ueberschuss an Electricität in Reserve bleiben, und diese Reserve bietet weder eine Voltolini'sche 5 Elementenbatterie, noch 5 Accum. — Steche ich in das zu zerstörende Gewebe z. B. zwei Platinnadeln, bei denen die Spitzen bis 4 Millimeter divergiren, ein und benutze zugleich ein Galvanometer (Kohlrausch), so erweist sich in der Mehrzahl der Fälle die Stromstärke einer Tauchbatterie von 5 Elementen als ungenügend. Ich habe unzählige Mal die Wahrnehmung gemacht, dass der Kranke bei Application der Electrolyse in der Nase erst bei 6—7 Elementen erklärte, dass er überhaupt „etwas fühle". Dabei war die Application der Nadeln eine vollkommen correcte, wie ich mich nach dem Eingriff stets überzeugen konnte. Auch mit schwächeren Strömen kommt man ja bei der Electrolyse schliesslich zum Ziele, aber man verliert dabei sicher viel Zeit. Richtet sich ein Arzt also für Electrolyse ein, so muss er sich eine Batterie mit einer grösseren Elementenzahl, die ihn nicht im Stiche lässt, anschaffen. Eine winzige 5 Elementenbatterie oder 5 Accum. können hiermit zur Electrolyse (als auch zur Galvanisation) nicht ernst genommen werden.

Aus allem dem Besprochenen folgt, dass es meiner Meinung nach zweckmässig und zeitgemäss wäre, zur Galvanocaustik, electrischen Beleuchtung und Faradisation die Accum. zu gebrauchen; zur Galvanisation und Electrolyse müssen hingegen Batterien für constanten Strom mit einer grösseren Elementenzahl in ihrem alten Rechte bleiben.

* * *

Erörtern wir die Frage, wie es kommt, dass die Accum. bei uns so wenig verwerthet werden. Der Versuche mit den Accum. sind ja in unserem Fach sicher viele gemacht worden, aber die Resultate sind nicht zufriedenstellend ausgefallen. Und warum? Auch hier möchte ich zum Vergleich auf die Tauchbatterie zurückgreifen. Die Tauchbatterie verhält sich zum Accum. etwa so, wie eine complicirte Drehorgel zu einem edleren musikalischen Instrumente, sagen wir zu einer Violine. Einem Jeden, der einigen physicalischen Unterricht genossen, leuchtet bei der Betrachtung der Tauchbatterie ihre Wirkungsweise leicht ein und er kann sich sofort ihrer bedienen. Die ingeniöse Einfachheit einer Violine und eines Accum. ist frappant. Wie steht es aber mit der regelrechten Benutzung? Dieselbe verlangt unbedingt gewisse Vorstudien. Der Accum. muss als ein ganz eigenthümlicher Apparat an sich, d. h. in seinen Eigenschaften studirt werden, soll der Apparat voll und ganz das leisten, was er zu bieten im Stande ist. Wer im Besitz eines oder zweier Accum. ist, der braucht die Sache nicht so ernst zu nehmen, dem

Digitized by Google

mag es gleichgiltig sein, ob sie 2 Jahre oder 4 — 5 Jahre functioniren. Wer hingegen mit mehreren Accum. arbeitet, für den ist diese Frage eine Geldfrage von nicht zu unterschätzender Bedeutung[9]). Meine ältesten Accum. sind etwa 4 Jahre alt und es sind bis jetzt noch keine „Alterserscheinungen" an ihnen zu bemerken, sie sind also noch functionsfähig. Trotzdem sind im Laufe dieser Jahre wiederholt kleine Störungen — meist Abbröckeln der Bleihyperoxydmasse — in ihnen eingetreten, die ich beseitigen musste. Um jedoch dieses auszuführen, muss man die Apparate kennen. Ist man erst so weit, dass man den Accum. regelrecht bedienen kann, dann wird man sich wohl von ihm nicht mehr trennen — wenigstens nicht bei dem jetzigen Stande der Electrotechnik. — Es ist also die ungenügende Kenntniss der besprochenen Apparate seitens der Aerzte, die ihre Verbreitung hemmt. Ist einmal die Nothwendigkeit dieser Vorstudien zum Bewusstsein gelangt, so halte ich den Erfolg der Accum. auch in der Medicin für gesichert.

Von den äusseren Factoren, so zu sagen, die der Verbreitung der Accum. bis jetzt hindernd in den Weg traten, ist das passive Verhalten der Instrumentenmacher zu erwähnen. Dieselben sind so ziemlich von dem Vorwurf frei, zu eifrige Verehrer dieser Apparate zu sein. Sie sind es nicht, und zwar deshalb, weil kein Grund ersichtlich, für Apparate, durch deren Einführung sie sich gewissermaassen nur geschädigt sehen würden, in die Schranken zu treten. Die Accum. werden uns nämlich nicht sobald von den Instrumentenmachern geliefert werden können. Diese Apparate werden meist auf grossen, electrotechnischen Fabriken, wo Dynamomaschinen in Thätigkeit sind, formirt. Die Instrumentenmacher hätten bei der Formirung die Wahl zwischen einer solchen Maschine oder der Erzeugung des Stromes durch Chemicalien. Letzteres würde jedoch den Preis der Accum. enorm in die Höhe treiben und aus diesem Grunde die Concurrenz mit den grossen electrotechnischen Etablissements nicht aushalten.

Zum Schluss würde ich also den Herren Collegen, die den Entschluss fassen sollten, mit Accum. zu arbeiten, den wohl zu beachtenden Rath geben, diese Apparate erst so gründlich als möglich theoretisch zu studiren, sich dann zwei Accum. anzuschaffen (für's Erste nur zu galvanocaustischem Zwecke), und dann erst die Accum. im grösseren Style (zur electrischen Beleuchtung) anzulegen, wenn nach „Jahr und Tag" die Ueberzeugung gewonnen, dass man die Apparate vollkommen beherrscht. Ich streiche das „Jahr und Tag" besonders hervor, weil es selbstverständlich, dass ein neu gekaufter Accum. Anfangs viele, viele Monate hindurch prompt arbeitet. Plötzlich tritt aber eine Störung ein. Die electrotechnischen Fabriken übernehmen bis dato meines Wissens keine Reparaturen und der Arzt ist hier also auf sich selbst angewiesen. Dann ist der Augenblick gekommen, wo der Arzt zeigen muss, ob er seinen Apparat wirklich beherrscht, oder — ob derselbe in die Rumpelkammer wandern soll. Der Deckel muss entfernt[10]), das Innere untersucht und

[9]) Operire ich galvanocaustisch unter der Beleuchtung meiner Clar'schen Lampe, so müssen 5—7 Accum. zu Verfügung stehen: 4—5 zur Beleuchtung, 1—2 zur Galvanocaustik.

[10]) Abgesehen von den zur Ableitung der Gase bestimmten, stets offenen

Digitized by Google

der Grund der Störung aufgesucht werden. — Uebermässiger Eifer im Anfange und plötzliches Erkalten bei der ersten vorkommenden Schwierigkeit hat schon manches Gute in Misscredit gebracht.

Heilung eines grossen „typischen“ Nasenrachenpolypen.

Von

Dr. **Hansberg** in Dortmund.

(Schluss.)

28. August 1890 erste Sitzung. Mittelst der Kuhn'schen Zange werden 10—15 grosse Stücke aus dem Tumor entfernt; dieselben hatten eine blassgelbe Farbe und waren von äusserst harter, fast knorpelartiger Consistenz, ich hatte Mühe, mit der Zange die einmal gefassten Stücke zu entfernen und musste dabei grosse Kraft anwenden. Die nicht ganz unbedeutende Blutung stand nach kurzer Tamponade vollständig.

4. Septbr. 1890 zweite Sitzung. Im Nasenrachenraum eine Menge äusserst fötid riechenden Secrets, das der bei der ersten Operation gesetzten Wundfläche anhaftet, in der linken Nasenhöhle Blutcoagula. Wie Patient angiebt, waren Blutungen innerhalb der 8 Tage, die er abwesend gewesen, nicht erfolgt. Mit der Kuhn'schen Zange wieder verschiedene grössere Stücke entfernt, besonders nach dem Rachendach zu. Unbedeutende Blutung.

11. Septbr. 1890 dritte Sitzung. Stinkende Secretmassen im Rachen und beiden Nasenhöhlen, nach deren Entfernung mit Wattebausch sofort Blutung eintritt; Nasenrachenraum hinten und oben mit Kuhn'scher Zange fast vollständig gesäubert, der Rest der Geschwulst hängt nur noch in die Nase hinein, so dass vollständiger Verschluss der Nasenhöhlen weiter bestehen bleibt. Gleich nach der Operation steht Blutung spontan.

18. Septbr. 1890 vierte Sitzung. Reichliche Massen fötiden Secrets. Mit dem Conchotom wird in die linke Nasenhöhle eingegangen, mit Zeige- und Mittelfinger der anderen Hand in den Nasenrachenraum und die Geschwulstreste dem eingeführten Instrument entgegengedrückt, es gelang hierbei anscheinend, die sämmtlichen in die Nasenhöhle hineinragenden Tumormassen, sowie grössere, auf die seitlichen Theile des Nasenrachenraumes inserirende Theile zu entfernen. Auf dieselbe Weise wird rechts vorgegangen, wo die Tumorbildung nicht so bedeutend wie links entwickelt war. Gleich nach der Operation athmete Pat. frei durch beide Nasenlöcher, Blutung stand nach derselben sofort.

Glasröhren ist der Deckel der meisten Accum., wenigstens solcher, die in Glasgefässen untergebracht sind, durch Harzüberguss hermetisch verschlossen. Das geschieht, theils um beim Transport die Säure nicht zu vergiessen, theils um die Verdunstung des Wassers zu verhindern. Dieser Deckel muss bei der ersten Störung entfernt werden. Einmal jährlich soll die Schwefelsäurelösung so wie so in einem jeden Accum. gewechselt werden. Die Accum., die ich mir selbst mache, haben nie hermetisch schliessende Deckel, sie sind dem Auge auf diese Weise immer zugänglich. Verdunstet das Wasser in einigen Wochen um Einiges, so giesse ich einfach solches zu. Im Nothfall, z. B. zum Transport, lässt sich ja der Harzüberguss mit Leichtigkeit ausführen. Nie soll ein Accum. längere Zeit ohne Ladung bleiben. Will man z. B auf einige Monate verreisen, so muss die Schwefelsäurelösung ausgegossen und der Apparat trocken aufbewahrt werden.

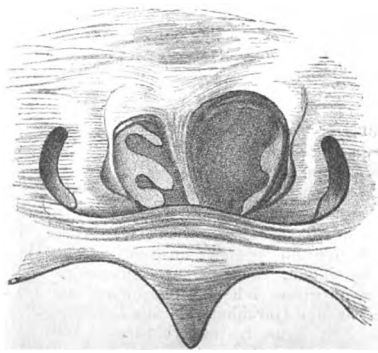
Digitized by Google

9. October 1890 fünfte Sitzung. Wie Pat mittheilt, war 2 Tage nach der letzten Sitzung Nasenbluten eingetreten, das in Unterbrechungen 4 Tage hindurch angehalten und den Kranken arg geschwächt hatte; er war in Folge dessen erst heute gekommen.

In beiden Nasenhöhlen und Nasenrachenraum fötides Secret; durch die enger gebaute rechte Nasenhöhle freie Athmung, links weniger. Hier sieht man bei der vorderen Rhinoscopie im Hintergrunde oben nach dem Nasendach Geschwulstmassen, die z. Th. in die Choane hineinhängen und die Athmung linkerseits behindern. Postrhinoscopisch Nasenrachenraum frei bis auf eine kleine, bohnengrosse Granulationswucherung der hinteren Wand an der Protuberantia atlantis. rechte Choane frei, mittlere und untere Muschel hier sichtbar, links blassröthliche Geschwulstmassen in die Choane hineinhängend. Es gelingt mit dem Conchotom leicht, nachdem der Zeigefinger der anderen Hand in den Nasenrachenraum eingeführt war, sämmtliche Geschwulstreste zu entfernen. Eines der entfernten Stücke hatte eine Länge von 3 Ctm. und Dicke von 1 Ctm., es war ein Fortsatz des Polypen, der nach hinten oben nach dem Nasendach, nach dem Sinus spheno-ethmoidalis zu gewachsen war und in toto entfernt wurde. Linke Nasenhöhle vollständig frei, Athmung durch die Nase äusserst leicht, Blutung seitdem nicht wieder eingetreten.

19. October 1890. Pat. sieht gut aus, Gedunsenheit des Gesichts geschwunden, äussere Nase kleiner, natürlicher geworden, freie Athmung durch beide Nasenhälften, Kopfbeschwerden ganz beseitigt. Anterhinoscopisch links hinten oben einige Secretmassen, die aber nicht fötid sind, man übersieht einen grossen Theil der grauweiss gefärbten Rachenwand, Hebung des Tubenwulstes beim Phoniren, Muscheln abgeschwollen, die untere und mittlere Muschel zeigen sich nur in der vorderen Hälfte erhalten, die hintere Hälfte zerstört; von Geschwulstmassen Nichts mehr sichtbar. Rechts derselbe Befund wie vorher.

Postrhinoscopisch: Nasenrachenraum bis auf die erwähnte Granulationswucherung der hinteren Wand ganz frei, glatt, keine Secretabsonderung mehr. Septum, stark nach rechts deviirt, vielleicht 1 Ctm. weit nach vorn zerstört. linke Choane sehr weit, reicht nach oben ca. 1 Ctm. höher als rechts, ebenso auch nach der äusseren Wand erweitert, es hatte demnach die Geschwulst bei ihrem Wachsthum den Vomer z. Th. zerstört und das Septum nach rechts verdrängt, die Zerstörung hatte weiter nach oben auf das knöcherne Dach der linken Choane, sowie auch in geringerem Grade den seitlichen Theil derselben über-



Figur III.

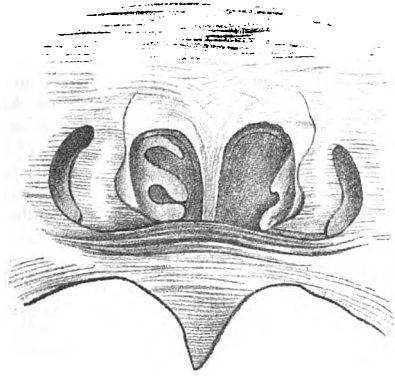
Digitized by Google

gegriffen. Obere, mittlere und untere Muschel hinten zerstört, Tubenmündungen frei. In der engen rechten Choane Muscheln erhalten und alle drei zu sehen. (Figur III.)

Mittelst der Cürette wird nach Abbindung des Gaumensegels unter Spiegelbeleuchtung die Granulationswucherung beseitigt, fast gar keine Blutung.

9. November 1890. Befinden unverändert gut; einige nicht fötide Borken in der linken Nasenhöhle, Nasenathmung ganz frei, Septum fast gerade stehend, linke Choane etwas kleiner geworden, nach oben und seitlich noch etwas erweitert. (Fig. IV.)

Leider hatte ich verabsäumt, im Anfang eine Untersuchung des Gehörorgans vorzunehmen; wie mir Pat. indessen später angab, war die Hörfähigkeit vorher herabgesetzt gewesen und fühlte er nach Beseitigung des Tumors selbst, dass er besser höre. Hörvermögen jetzt normal.



Figur IV.

In vorliegendem Fall war es also in verhältnissmässig kurzer Zeit, in 5 Sitzungen, gelungen, den immerhin bedeutenden Tumor, dessen Sitz und Insertion gewiss kaum ungünstiger gedacht werden kann, vollständig und gründlich zu beseitigen; einer galvanocaustischen Nachbehandlung der Insertionsfläche, wie sie sonst gewöhnlich geübt wird, hatte es nicht einmal bedurft. Der Eingriff war kein sehr schwerer und auch die Blutung verhältnissmässig unbedeutend, sie stand jedesmal spontan gleich nach der Operation, abgesehen von der ersten Sitzung, wo eine kurze Tamponade erforderlich war. Die zwei Tage nach der vierten Sitzung aufgetretene Blutung kann der Operation als solcher nicht zur Last gelegt werden, da sie zwei Tage nach derselben entstand, sie war nur eine Folge der noch bestehenden Polypenreste, mit deren Beseitigung sie für immer stand.

Wenn man mit diesem Eingriff die bisher geübten chirurgischen Methoden vergleicht, so kann man nicht zweifelhaft sein, welchem Verfahren man den Vorzug geben soll, aber auch der galvanocaustischen resp. electrolytischen Operationsweise ist das in meinem Fall geübte Verfahren vorzuziehen, bei demselben Endresultat führt es schnell und ebenso gefahrlos zum Ziel.

Digitized by Google

Besonders die Kuhn'sche Zange möchte ich den Collegen als ein zweckmässiges Instrument empfehlen, man ist mit derselben im Stande, eine grosse Kraft zu entfalten und in einem Zug grössere Stücke aus den knorpelharten, sehnenartigen Tumoren zu entfernen; das abgerundete Ende schützt dabei vor Nebenverletzungen. Bekanntlich ist diese Zange von Kuhn zur Operation der adenoiden Vegetationen empfohlen worden, sie soll nach Kuhn dieselben mit einmaligem Eingehen vollständig beseitigen. Ich habe das Instrument bei Operation der hypertrophischen Rachentonsille in der letzten Zeit viel angewandt, meistens allerdings dann in Narcose, und ich bin mit der Wirkung desselben sehr zufrieden, ich bin indessen, wenn ich ohne Narcose operire, den Ringmessern von Hartmann und Gottstein treu geblieben, da ich gefunden habe, dass mit den letzteren mindestens ebenso grosse Stücke entfernt werden können, als mit der Kuhn'schen Zange, das Eingehen in den Nasenrachenraum besonders bei Kindern aber bei Benutzung der Ringmesser ein ungleich leichteres ist.

Der vorliegende Fall ist aber auch noch aus einem anderen Grunde bemerkenswerth und interessant. Der Kranke leitet die Entstehung seines Leidens von einem Trauma her, und ich glaube, hier lässt sich eine traumatische Ursache nicht ganz von der Hand weisen, war doch gleich nach Einwirkung des Trauma's Nasenbluten und Verstopfung der Nasenhöhlen eingetreten, welch' letztere nicht wieder schwand und allmählig zunahm; allerdings kann der Zufall hierbei eine Rolle gespielt haben. In den mir zur Verfügung stehenden Werken finde ich ein Trauma als Ursache für Nasenrachenpolypen nicht angegeben, ich möchte aber von der Möglichkeit einer solchen um so weniger absehen, als bekanntlich in der Aetiologie der Geschwülste äussere Reize (Schlag, Stoss, Verwundung etc.) nach dem fast übereinstimmenden Urtheil unserer hervorragendsten Autoren (Virchow, Rindfleisch, Weber u. A.) eine wichtige Rolle spielen sollen.

Wir finden weiter, dass die Traumabildung bei unserem Kranken erst mit dem 29. Lebensjahr aufgetreten war, derselbe befand sich demnach bereits in einem Alter, das allgemein als ein für die Acquisition eines Nasenrachenpolypen gewissermaassen immunes bezeichnet worden ist. Fast alle bisher beobachteten Kranken befanden sich nämlich im Alter von 10—25 Jahren, und unter 122 in der Literatur gesammelten Fällen führt Bensch*), dem wir die eingehendsten Studien vorzugsweise über die Aetiologie und Behandlung der Nasenrachenpolypen verdanken, nur drei an, wo die Patienten sich in einem höheren Alter befanden, merkwürdiger Weise waren diese drei weiblichen Geschlechts, das Wachsthum der Tumoren aber bei denselben ein äusserst langsames, so dass das Leiden bei einer Kranken sogar seit 23 Jahren bestand; nach diesen statistischen Mittheilungen wäre demnach die Entstehung eines Nasenrachenpolypen beim männlichen Geschlecht nach dem Alter von 25 Jahren noch nicht beobachtet worden.

In unserem Falle war nun das Wachsthum der Geschwulst keines-

*) Bensch: Beiträge zur Beurtheilung der chirurgischen Behandlung der Nasenrachenpolypen. Breslau 1878. Morgenstern. Siehe auch Voltolini: Die Krankheiten der Nase etc. Breslau 1888. Morgenstern. Seite 371—401.

Digitized by Google

wegs ein langsames zu nennen, sie war innerhalb 3/4 Jahre zu Hühnereigrösse herangewachsen, hatte z. Th. den Vomer und einen Theil des oberen und seitlichen Choanalrandes linkerseits nebst der hinteren Hälfte der linken unteren und mittleren, sowie dritten Muschel usurirt und einen Fortsatz nach dem Nasendach gesandt. Die nasale Respiration war vollständig aufgehoben, starke Blutungen hatten die Kräfte des Kranken arg reducirt, ein Hinzutreten anderer lebensbedrohlicher Erscheinungen konnte bei dem bisherigen rapiden Wachsthum der Geschwulst nur eine Frage der Zeit sein. Jedenfalls lagen hier keine Gründe vor, die einen Stillstand des Wachsthums oder womöglich sogar eine spontane Rückbildung der Neubildung erwarten liessen.

Wenn ich von der Möglichkeit einer spontanen Rückbildung eines Nasenrachenpolypen spreche, so darf ich die zuerst von französischen Aerzten (Gosslin, Lafonte) beobachtete Thatsache nicht unerwähnt lassen, dass diese Geschwülste wirklich spontan ohne Zuthun des Arztes verschwinden können, eine Beobachtung, die unterdessen auch anderweitig ihre Bestätigung gefunden hat (Hüter, Middeldorpff). Auch Bensch schliesst sich den genannten Autoren an und versucht auch für diese immerhin auffallende Thatsache eine Erklärung zu geben; nach ihm sind es abnorme Entwickelungsvorgänge an der Schädelbasis, die für die Entstehung dieser Geschwulstformen verantwortlich zu machen sind; eine Entwickelung der Geschwülste sei nur so lange möglich, als die Entwickelung des Schädels noch nicht abgeschlossen sei, mit anderen Worten: Im Alter von 25 Jahren ist die Disposition für diese Geschwulstbildungen erloschen, eine bereits bestehende Geschwulst oder ein Recidiv derselben verschwindet spontan, ohne dass es eines chirurgischen Eingriffes bedürfte.

Solche Beobachtungen mussten nothwendiger Weise einen Umschwung in der bisherigen Meinung über die Gefährlichkeit der Nasenrachenpolypen hervorrufen, in Frankreich verhielt man sich seitdem denselben gegenüber mehr exspectativ resp. palliativ, und die von Trélat aufgestellten Thesen:

„1) Wenn der Patient noch jung ist, d. h. entfernt von dem immunen Alter, so muss der Operateur ihn bis dahin durch palliative Operationen (Ligatur, Zangenextraction, Zerquetschung, Cauterisationen, theilweises Abtragen) in für Leben und Gesundheit des Pat. erträglichen Grenzen halten. Drängt aber das rapide Wachsthum zum Eingreifen, so muss entweder die präliminare definitive Oberkieferresection, oder, wenn solche genügt, die temporäre erfolgen.

2) Wenn der Patient alt genug ist und nur wenig Jahre von dem immunen Alter entfernt ist, so kann man sich entweder ganz exspectativ verhalten oder wiederum mit palliativen Operationen sich begnügen“ kennzeichnen noch heute den Standpunkt der französischen Chirurgie, während man in Deutschland diesen Beobachtungen im Allgemeinen mehr skeptisch gegenüberstand und nach wie vor dem activen, eingreifenden Vorgehen der Vorzug gegeben wurde.

Auf die Richtigkeit oder Unrichtigkeit vorstehender Deductionen will ich hier nicht weiter eingehen, nach den Beobachtungen zuverlässiger Autoren kann es wohl nicht einem Zweifel unterliegen, dass eine spontane Rückbildung eines Nasenrachenpolypen eintreten kann, es ist nur die Frage, ob mit Eintritt des immunen Alters dies die Regel ist, oder ob

Digitized by Google

die wenigen bis jetzt beobachteten Fälle von spontaner Rückbildung eine Ausnahme von der Regel bilden.

Der von mir beschriebene Fall gehört jedenfalls nicht in die erste Categorie; nachdem hier bereits im immunen Alter die Geschwulst sich entwickelt hatte, wäre es bei dem bisherigen rapiden Wachsthum gewiss mehr als sanguinisch gewesen, eine spontane Rückbildung derselben zu erhoffen. Dem zufolge war ein operatives Eingreifen jedenfalls vollkommen berechtigt, ein palliatives, womöglich exspectatives Verhalten würde geradezu eine Unterlassungssünde, ein unverzeihlicher Fehler gewesen sein.

Meiner Meinung nach konnte dieser exspectativen resp. palliativen Methode aber auch nur so lange eine Berechtigung zuerkannt werden, als die schwersten chirurgischen Voroperationen nicht gescheut wurden, um den Nasenrachenfibromen beizukommen; sobald wir Methoden kennen, die schnell, dabei sicherer und gefahrlos zum Ziele führen, würde es geradezu widersinnig sein, die Hände in den Schooss zu legen und in Erwartung einer spontanen Rückbildung den Kranken seinen Leiden zu überlassen, wir sind unter solchen Umständen zum activen Eingreifen nicht nur nicht berechtigt, sondern geradezu verpflichtet.

Ich glaubte, vorstehenden Fall des Interesses wegen veröffentlichen zu müssen und bitte die Collegen, vorkommenden Falles mit dem von mir angewandten Verfahren einen Versuch zu machen.

Beitrag zur Kenntniss der Aetiologie, Diagnose und Therapie des Vorfalls der Schleimhaut der Morgagni'schen Taschen (Prolapsus vel hernia ventric. Morgagni).

Von

Dr. **L. Przedborski**

Spitalarzt am Lodz'er israelitischen Krankenhause.

(Schluss.)

Beim Patienten fanden wir starke Hyperämie im Rachen und Schlundkopfe, Schwellung und Injection der Conjunctiven, Erscheinungen, die wir gewöhnlich bei Potatoren beobachten. Diese beiden ätiologischen Momente strebten zu gemeinschaftlichem Ziele, sie begünstigten nämlich die Entstehung der Schleimhauthypertrophie und Verdickung, während der durch die capilläre Bronchitis, Lungenemphysem und unmittelbar durch den Abusus in Baccho erzeugte Husten die Verbindung (Connexion) zwischen der Schleimhaut und den tiefer liegenden Geweben immer lockerer machte und eine partielle Abstossung der Schleimhaut erzeugte.

Sehr interessant in unserem Falle ist der Gegenstand, dass die Schleimhautabstossung nicht in toto, sondern in einzelnen, geschwulstartigen Partien vor sich ging, die leicht mit den in den Morg. Taschen vorkommenden Neubildungen verwechselt werden konnten, wenn uns die Kennzeichen, die wir vielmals besprochen haben, nicht vor dieser falschen Annahme genügend schützten. Ich möchte noch hervorheben, dass mir

Digitized by Google

leicht der Vorwurf gemacht werden könnte, dass ich bei der Feststellung der Diagnose die microscopische Untersuchung der entfernten Tumoren nicht berücksichtigt habe. Zu meiner Rechtfertigung kann ich nur anführen, dass die exstirpirten, in reinem Alcohol aufbewahrten Tumoren von uns sofort nach vollendeter Operation nach Warschau zur microscopischen Untersuchung fortgeschickt worden sind, leider aber erwarte ich bis heute vergebens das Resultat der Untersuchung, und ist mir das weitere Schicksal des Präparates ganz unbekannt geblieben. Ungeachtet dessen muss ich nach genauer Berücksichtigung des macroscopischen Aussehens der Geschwülste, der anatomischen Lage und vieler anderer, schon mehrmals besprochener Thatsachen bei meiner ersten Diagnose fest stehen bleiben. Eine gewisse Bestätigung für die Richtigkeit meiner Annahme fand ich in dem Schrötter'schen Buche: „Vorlesungen über die Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre, der Nase etc.", aus welchem ich mir einige entsprechende Citate mitzutheilen erlaube.

In dem Kapitel über: „Chronische Entzündung der Schleimhaut und des submucösen Bindegewebes" finden wir Folgendes: „Im Kehlkopfe kommen häufig echte, umschriebene Hypertrophien der Schleimhaut vor. Ich habe sie mehrmals an den falschen Stimmbändern beschrieben, wo sie lappige, die wahren Stimmbänder mehr weniger überragende Wülste bilden. Hierher gehören auch jene Formen, die unter dem Namen Eventration oder Prolapsus der Auskleidung des Sinus Morgagni beschrieben werden. Es sind dies grössere oder kleinere, auf einer schmaleren oder breiteren Basis aufsitzende, aus dem Sinus Morg. herauskommende, das Stimmband überragende, nach der Glottis hinabhängende Geschwülste, von denen es schwer zu sagen ist, wohin man sie rechnen soll. Man sieht nicht selten im Gefolge des chronischen Catarrhs eine lebhafte Röthung und Schwellung am äusseren Abschnitte des Stimmbandes gegen den Sinus Morg. hin scharf hervortreten. Es lässt sich nun ohne Weiteres denken, dass dieser Wulst, wenn er einmal so gross geworden ist, dass er das Stimmband überragt, durch behinderten Rückfluss des Blutes und fortwährende Reizung in seiner Ernährung eine solche Störung erfährt, welche ein rasches Wachsthum desselben herbeiführt. In einem anderen Falle mag es im submucösen Gewebe des Sinus Morg. zu einem umschriebenen Entzündungsprocess kommen, welcher bei seinem Anwachsen in derselben Weise erscheinen wird. Die microscopische Untersuchung spricht ohne Weiteres für die Richtigkeit einer solchen Anschauung, indem sich beide Male im Stiele neugebildetes Bindegewebe, erweiterte Gefässe und Rundzellenanhäufungen finden (Fall von Lefferts). Schrötter giebt dann die Zeichnung eines Präparates, an welcher zu sehen ist, dass rechterseits an der vorderen Hälfte aus der Morg. Tasche hervorragend eine halbkaffeebohnengrosse Geschwulst, welche vom falschen Stimmbande in Form einer Furche tief eingekerbt das wahre Stimmband in seinem vorderen Antheil überdacht. Linkerseits findet sich, die vorderen zwei Drittel der Morg. Tasche einnehmend, ein mehr als doppelt so grosser polypöser und zwischen die Stimmritze eingelagerter Wulst, der in gleicher Weise das wahre Stimmband überlagert, vom falschen Stimmbande furchenartig an der oberen Peripherie zum Theile eingeschnürt ist und nach vorne zu ebenso wie jener der anderen Seite in das Taschenband übergeht. Die Oberfläche beider Geschwülste zeigt

Digitized by Google

eine vollständig normale glatte Schleimhaut. Wie nun die weitere Untersuchung durch verticale Spaltung der falschen Stimmbänder (Fig. 16b) und dieser polypösen Geschwülste (Fig. 16c) ergiebt, bestehen dieselben aus der vorgestülpten Schleimhaut rechts, der vorderen Hälfte links der vorderen zwei Drittel des Sinus Morg. mit eingelagertem lockeren Zellgewebe. Da das Präparat lange Zeit in schlechtem Alcohol aufbewahrt worden war und so eine feinere microscopische Untersuchung resultatlos bliebe, so sei nur bemerkt, dass nach macroscopischem Aussehen die vorgestülpte Schleimhaut „völlig normal erschien". — Dieser soeben beschriebene Fall von Schrötter bietet in vielen Richtungen eine grosse Analogie mit meiner zweiten Beobachtung, doch liegen einzelne Differenzen vor, und sind dieselben folgende: a) Während im Schrötterschen Falle der Vorfall der Sinusschleimhaut doppelseitig war, hatten wir es in unserem Falle mit einer einseitigen Schleimhautvorstülpung des Morg. Ventrikels zu thun; b) in dem von Schrötter[6]) geschilderten Falle nahm die Schleimhautvorstülpung die Form von zwei polypösen Geschwülsten an, in unserer Beobachtung kam die Eventration der Sinusschleimhaut in Gestalt von zahlreichen einzelnen Tumoren (6) zu Stande.

* * *

Die genaue Uebersicht der zwei mitgetheilten Fälle erlaubt uns einige practische Schlüsse, die sich auf Diagnose, Aetiologie und Therapie der Sinuskrankheiten beziehen, zu gewinnen:

I. a) Die Diagnose der primitiven krankhaften Erscheinungen der in den Morg. Taschen sich abspielenden Leiden stösst, wie wir schon früher hervorgehoben haben, auf grosse Hindernisse, und werden dieselben erst dann unserer Kenntniss zugänglicher, wenn sie die obere Oeffnung erreicht oder über die Grenzen der Morg. Ventr. sich ausgedehnt haben. Dennoch haben wir sogar in diesem Stadium, trotz genauer Kenntniss der wenigen in den Morg. Taschen vorkommenden krankhaften Veränderungen und der mehrmals vorgenommenen Kehlkopfuntersuchung, mit vielen neuen Hindernissen zu kämpfen. Stülpt sich z. B. die Schleimhaut der Morg. Tasche partiell vor, was jedoch selten vorkommen kann (siehe meinen zweiten Fall), dann werden wir in der richtigen Auffassung der Diagnose sehr leicht getäuscht. Die vorgestülpte und geschwulstartig das Stimmband überlagernde Schleimhautpartie können wir leicht mit einer aus dem Sinus Morg. ausgehenden Neubildung, und zwar mit einem Sarcom, Epitheliom oder Cystengeschwulst verwechseln. Die bei der Diagnose zu Gesicht kommende Unsicherheit lässt sich dann nur mit Hilfe der Sonde, der Probepunction, stets jedoch erst nach vollendeter Neubildungexstirpation vollständig beseitigen. Gestattet uns in vorliegendem Falle der Mangel an Cachexie, das Fehlen von gewaltigen Störungen beim Schlingen und Athmungsacte, das verhältnissmässig gute Aussehen und der langsame Verlauf des Leidens, das Vorhandensein einer bösartigen Neubildung auszuschliessen, so können nur Schwierigkeiten in der Diffe-

[6]) Schrötter: „Vorlesungen über Krankheiten des Kehlkopfes etc.", Lieferung 2, Seite 101—103.

Digitized by Google

rentialdiagnose zwischen der partiellen Schleimhautvorstülpung und einer Cystengeschwulst vorliegen. Haben wir es einmal mit einer Cyste zu thun, so fühlt sich dieselbe wegen der Ausfüllung mit flüssigem Inhalte prall an und wird die Geschwulst nach dem Probeeinstechen gewöhnlich kleiner oder verschwindet sogar vollkommen. Bei partieller Vorstülpung der Sinusschleimhaut giebt die Probepunction (ausser Blutungen) gewöhnlich ein negatives Resultat; die Sonde zeigt eine weiche, teigartige Beschaffenheit der Geschwulst, dieselbe wird nach ausgeübtem starken Drucke in Folge des Zusammenfallens der Wände bedeutend kleiner und ist zum gewissen Grade — häufig jedoch vollkommen — leicht in die Morg. Falte reponirbar (Fall von Jelenffy). Die Geschwulst, die einen Theil der vorgestülpten Sinusschleimhaut bildet, zeigt sich in ihrem Inneren vollständig leer, erinnert durch ihr äusseres Aussehen an die normale Schleimhaut und besitzt an der Basis die grösste Breite; dagegen enthält der Cystentumor einen flüssigen Inhalt, an der Basis eine verstopfte Drüsencanalöffnung, derselbe bietet an dieser Stelle die kleinste Circumferenz und zeigen seine Wandungen macroscopisch eine grosse Abweichung von der normalen Schleimhaut.

Besitzen wir auch genügende Beweise, die uns das Vorhandensein von primitiven Erscheinungen in den Morg. Ventrikeln feststellen? Theilweise ja. Die Thatsachen, die gewissermaassen zur Auflösung dieser Aufgabe beitragen, basiren auf richtiger Beurtheilung folgender zwei Phänomene: des Schmerzes und der Modification in der Klangfarbe und Intensität der Stimme, die sogar schon dann vorhanden sind, wenn die anatomischen Veränderungen die obere Oeffnung und die Grenzen der Morg. Falte noch nicht überschritten haben, und ist in Folge dessen der Kehlkopfspiegel für die Aufstellung der Diagnose vollkommen ohne Bedeutung. Können wir nach mehrmaliger Untersuchung keine pathologischen Veränderungen im Kehlkopfe entdecken und der Patient beklagt sich trotzdem über beständigen Schmerz, so müssen wir annehmen, dass hier Störungen im Gebiete der sensiblen Kehlkopfnerven oder Schmerzen, die ihren Hauptsitz in der krankhaft veränderten Schleimhaut des Sinus Morg. haben, im Spiele sind.

Können wir dabei, wie im vorliegenden Falle, Krankheiten, wie Hysterie und Neurasthenie, im Verlaufe derer eine gesteigerte Erregbarkeit in der Schleimhautinnervation, hauptsächlich aber in ihren sensiblen Aesten sich geltend macht, ausschliessen, localisirt der Kranke seinen Schmerz andauernd an einer Stelle (die der normalen Lage des Sinus Morg. entspricht) und bleibt die Cocainanwendung auf die Behebung der krankhaften Erregbarkeit vollständig erfolglos, so wird die Annahme, dass der fortbestehende Schmerz ein Zeichen einer verborgen in der Morg. Tasche sich entwickelnden Krankheit bildet, vollkommen berechtigt sein.

b) Wir wissen positiv, dass die Morg. Falten einen sicheren Antheil in der Stimmbildung haben, denn einerseits sind sie reichlich mit secernirenden Drüsen, die zur Befeuchtung der Stimmbänder während der Phonation bestimmt sind, versehen, zweitens bilden dieselben in normalem Zustande Lufträume, die für die vibrirenden Stimmbänder die Rolle von Resonatoren spielen. Schon in den frühesten Stadien, in welchen die krankhaften Veränderungen in den Morg. Taschen ganz unent-

Digitized by Google

deckbar in der Tiefe der Ventrikel sich entwickeln, können in Folge der Verdickung und Hypertrophie der Schleimhaut die absondernden Drüsen in atrophischen Zustand gelangen und die Sinushöhlen sich bedeutend verkleinern oder gänzlich veröden. Dabei ruft der Spasmus des Thyreoarytaenoidalmuskels, dessen Fasern schief die verticale Fläche der Morg. Tasche durchkreuzen, eine Unbeweglichkeit und Starrheit der Sinuswände hervor und entsteht in Folge dessen eine bedeutende Functionsbeschränkung der Morg. Falten.

Dass diese beiden Factoren nicht ohne Erfolg auf die Stimmbildung bleiben, ist selbstverständlich. Die ungenügende Berieselung der Stimmbänder setzt bedeutend die Flexibilität und Schwingungskraft derselben herab, übt sodann einen gewissen Einfluss auf die Höhe und Tonstärke aus, gleichzeitig in Folge der Verringerung der Mitschwingungsfähigkeit der Nebenlufträume (der Morg. Falten) entstehen sehr evidente Modificationen in der Klangfarbe der Stimme. Haben wir derartige Stimmveränderungen gleichzeitig mit Schmerzen bei einem Kranken, bei dem der laryngoscopische Befund negativ ausfiel, constatirt, so gewinnt der Gedanke über das Vorhandensein eines Sinusleidens bedeutend an Wahrscheinlichkeit.

II. Für die Entstehung einer Schleimhautvorstülpung der Morg. Tasche ist das gleichzeitige Vorhandensein folgender ätiologischen Momente unentbehrlich: Eine Hypertrophie und Verdickung der Schleimhaut und ein constantes Andauern von gewaltigen Husten-Anfällen. Indem aber alle Autoren, die diese seltene Krankheit zu beobachten Gelegenheit hatten, eine besondere Rolle den soeben genannten Factoren zuschreiben, wird auch von ihnen gleichzeitig betont, dass der Schleimhautvorfall der Morg. Falte nur bei Störungen im Gesammtorganismus (Tuberculose, Lues, Krebscachexie) vorkommen kann.

Diese Annahme ist, wie ich glaube, zu einseitig und unrichtig gefasst. Bei chronischen, nicht specifischen Kehlkopfcatarrhen, die stets zu Hypertrophie und Schleimhautverdickung führen, kann das erörterte Resultat leicht zu Stande kommen, wenn gleichzeitig günstige Bedingungen für das Hustenvorkommen zum Vorschein kommen. Solche Bedingungen bieten häufig die Krankheiten der respiratorischen Organe dar. Im Verlaufe dieser kommt es häufig in Folge der Verkleinerung der Respirationsfläche und unregelmässigem Gasaustausche in der zum Athmen bestimmten Luft während des Athmens zu grossem Sauerstoffmangel, und häufen sich allmählig Ursachen an, die das Vorkommen von Athemnoth und stürmischen Hustenanfällen befördern. Bei richtiger Auffassung dieser Thatsache wird die Möglichkeit des Vorkommens von Hernien des Sinus Morg. im Verlaufe von zahlreichen Krankheiten der respiratorischen Organe sehr leicht begreifbar (siehe unseren 2. Fall).

Dagegen muss die Ursache der so selten vorkommenden Combination von Lues und Tuberculose mit der Schleimhautvorstülpung der Morg. Tasche sehr räthselhaft erscheinen, wenn wir in näheren Betracht ziehen, dass diese Krankheiten im Kehlkopfe einen sehr häufigen Sitz haben. Dieser Widerspruch in unserer Annahme hat in folgender Ursache seinen Grund, nämlich, dass ebenso bei Tuberculose, wie auch bei Lues der Kehlkopfbefund am häufigsten uns das Vorhandensein von geschwürigen und Zerfallprocessen zum Vorschein bringt. In diesen Fällen kann

Digitized by Google

weder Verdickung, noch Hypertrophie der Schleimhaut vorkommen, im Gegentheil wird dieselbe allmählig dünner und atrophischer und fehlt deshalb, trotzdem gleichzeitig stürmischer Husten vorhanden sein kann, das wichtigste anatomische Moment für die Entstehung der Schleimhauteventration des Sinus Morgagni. In diesen, jedoch seltenen Fällen, in welchen der tuberculöse oder luetische Process eine Tendenz zur Ausbildung von derbem faserigen (leicht in Bindegewebe sich organisirenden) Exsudate verräth, können zwar anatomische Bedingungen, die das Entstehen von Hernien der Morg. Falte befördern, vorliegen, das zufällige jedoch und gleichzeitige Fehlen von Husten, der einen permanenten Reiz auf die verdickte Schleimhaut ausüben muss, behindert vollständig das Auftreten des besprochenen Resultates.

III. Die Therapie der Eventration der Morg. Ventrikel muss sich streng nach den ätiologischen Momenten, die das Leiden erzeugt haben, richten. Da häufig durchgemachte acute, besonders aber chronische Kehlkopfcatarrhe anatomische Bedingungen, die das Entstehen von Schleimhautvorfällen der Morg. Ventrikel begünstigen, bilden, so soll die Aufgabe der Prophylaxis in Beseitigung und Bekämpfung derselben beruhen (Beseitigung der Hypertrophie und der Verdickung der Schleimhaut). Besonders aber ist bei schon vorhandener Verdickung der Schleimhaut jede Anstrengung der Stimme streng zu verbieten und beständige Sorge für die Milderung des Hustens zu tragen. Bei vorhandener Lues und Tuberculose, besonders in den Fällen, in welchen der krankhafte Process zur fibrinösen Umwandlung der Gewebe strebt, beschützen wir, indem wir gleichzeitig die stürmischen Hustenanfälle bekämpfen, die verdickte Schleimhaut vor beständigen Insulten (Reiben, Dehnen, Reissen) und überwachen also die Entstehung von Hernien der Morg. Taschen. Bei schon vorhandenen Hernien ist die prophylactische Kur selbstverständlich erfolglos und können wir in diesen Fällen nur von einer radicalen Therapie günstige Resultate erwarten. Die chirurgischen Eingriffe, die zur Erzielung der erwünschten Resultate sich nöthig zeigen, hängen vollkommen von der Gestalt, welche die über die obere Oeffnung der Morg. Tasche erschienene Schleimhautvorstülpung annahm, ab. Hat dieselbe die Form eines länglichen, mit der Sonde unreponirbaren Wulstes angenommen, so können wir diesen leicht durch häufige Einschnitte oder durch Aetzungen mit Chromsäure und den galvanischen Strom zum Schwinden bringen. In denjenigen Fällen aber, in welchen die vorgestülpte Schleimhaut unter der Gestalt von einzelnen grösseren oder kleineren, nicht reponirbaren Tumoren zum Vorschein kommt, ist eine radicale Heilung nur nach der vorgenommenen Exstirpation der entstandenen Geschwülste zu erwarten. Da wir jedoch in diesen Fällen nur den sichtbaren Theil der Geschwulst zu entfernen im Stande sind, so ist es wünschenswerth, um den Kranken vor möglichen Recidiven zu beschützen, die verbliebenen, tief in dem Ventrikel eingekerbten Tumorreste nachfolgend mehrmals zu cauterisiren (siehe den 2. Fall).

Lodz, den 6. April 1890.

Digitized by Google

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Bericht über die an der k. k. Wiener Universitäts-Klinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Josef Gruber im Jahre 1889 ambulatorisch behandelten Kranken. (Fortsetzung.)

Cicatrices membranae tympani

post otitidem mediam suppurativam chron.

wurden 147mal beobachtet. Folgende zwei Krankengeschichten mögen hier Platz finden, deren eine Interesse bietet durch die ausgedehnten Zerstörungen in der Paukenhöhle, deren andere durch das Vorhandensein einer manometrischen Narbe.

1) Georg St., 54 J., Bauer. Seit 14 Tagen rechts Otorrhoe; vor 30 Jahren links durch ein Jahr Otorrhoe gehabt Seitdem Schwerhörigkeit. Seit einigen Jahren Schwindel. Leichte Parese des linken Facialis, seit mehr als einem Jahre Herabsetzung der Sehschärfe links (Stellwag: Neuritis nervi optici sinistri.)

R. Otitis media suppur. acuta. Uhr nullibi. Laute Sprache $^3/_4$ Mtr.

L. Trommelfell sehr retrahirt, verdickt, mit Kalkeinlagerungen. Im vorderen unteren Quadranten eine linsengrosse Narbe, die beim Athmen und Schlucken deutliche Schwankungen zeigt. Uhr nullibi. Laute Sprache 15 Ctm. Rinne eclatant +. Galton 11.

2) Vor einem Jahre links Otorrhoe durch 2 Monate. Patientin will bis vor 2 Monaten gut gehört haben, leidet seit einigen Tagen an Ohrensausen linkerseits. Links Trommelfell in der hinteren Hälfte zerstört, der Einblick in die Trommelhöhle frei. Die vordere Trommelfellhälfte liegt der inneren Paukenhöhlenwand an, ist weisslich getrübt, verdickt. Vom Umbo nach vorn unten ist eine linsengrosse Stelle röthlich glänzend, stärker concav. Der Hammergriff bildet die hintere Grenze des Trommelfellrestes. Von ihm zieht sich ein sichelförmig nach oben concaver Rand gegen die hintere untere Peripherie. Man sieht das Promontorium, die Nische des runden und ovalen Fensters, letzteres ohne den Stapes, darüber den Canalis Fallopiae. Ambos und Steigbügel fehlen. Beim Siegle'schen Versuch bewegt sich nur die genannte Partie vor dem Umbo.

Flüstersprache 10 Ctm., Uhr 2 Ctm. Rinne negativ. Weber nach links.

Perforatio sicca membranae tympani

wurde 86mal beobachtet. In Anbetracht der günstigen Erfolge, die Berthold in solchen Fällen von der Myringoplastik gesehen hat, für welche Operation er in seiner diesjährigen Schrift: „Die letzten 10 Jahre der Myringoplastik" warm eingetreten ist, haben auch wir uns bewogen gefunden, die schon fallen gelassenen Versuche wieder aufzunehmen. Es wurden genau nach der Forderung Berthold's die Fälle ausgewählt und genau nach seiner Vorschrift die betreffenden Manipulationen ausgeführt. Trotzdem hatten wir nur negative — und zu weiteren Versuchen nicht einladende Erfahrungen machen können. Die diesbezüglichen Krankengeschichten folgen hier kurz:

1) 8. Juli. A. M.. 30jährige Agententochter, ist seit vielen Jahren schwerhörig beiderseits in Folge von Otitis media suppurat. chronica.

Digitized by Google

Links besteht eine nierenförmige Perforation des Trommelfelles, die Mucosa tympani ist noch geröthet, geschwollen, die Secretion hat sistirt. Die Uhr wird rechts 14 Ctm., links 12 Ctm. gehört, und es entsteht beim Catheterismus links Perforationsgeräusch.

Vom Oberarme der Pat. wird ein ovales Hautstückchen von 1 Ctm. Länge und 7 Mmtr. Breite mittelst Hohlscheere entnommen und zu einer der Perforationsöffnung entsprechenden Form zugeschnitten. Die Hautwunde wird mit 3 Knopfnähten geschlossen und mit einem Jodoformgazeverbande versehen Eine viertel Stunde nach der Ausschneidung des Hautstückes wird dasselbe der inneren Wand der Paukenhöhle links transplantirt. Nach dem Einlegen hört Pat. die Uhr 21 Ctm. weit. Bestauben mit Borsäure.

10. Juli. Pat hat keine Schmerzen gehabt, hört seit der Operation viel besser; geringe Eitersecretion. Das Hautstück deckt sehr passend den Defect, ist aber weissgelblich, der Rest des Trommelfelles geröthet. Die Uhr wird trotz Unruhe in der Umgebung 35 Ctm. weit gehört.

15. Juli. Keine Schmerzen In der Tiefe des Gehörganges Secret, das mit Baumwolle abgetupft wird. Im vorderen Segmente eine weissgelbliche, etwa 5 Mmtr. hohe, 3 Mmtr. breite Stelle (Hautlappen?), über derselben der kurze Fortsatz angedeutet, im hinteren Segmente leichte Schwellung und Röthung, hinten unten eine gelbgraue Partie von sichelförmiger Gestalt mit der Concavität nach vorn, in der Mitte der letzteren ein schwärzlicher Punkt.

17. Juli. Links im Gehörgang sehr wenig Secret. Der Hautlappen weissgelblich, anliegend. Uhr beiderseits 12 Ctm.

24. Juli. Uhr links 12 Ctm Kein Sausen, die Lücke hat sich nach vorn verkleinert. Im vorderen Segmente ist der Lückenrand geröthet, nach hinten unten grauweisslich. Nach hinten vom vorderen freien Segmente des Lückenrandes liegt eine hirsekorngrosse, vertiefte, fleischroth gefärbte Stelle, in welcher ein pulsirender Lichtreflex bemerkbar ist.

Bei vorsichtiger Ausspritzung geht das vollständig macerirte Hautstückchen mit.

2) Moritz S., 38 J., Lehrer in Kaposvár (Ungarn), leidet an Ohrenfluss und Schwerhörigkeit seit Kindheit. Rechts Destructio membr. tymp.

15. Juli. Myringoplastik. Transplantation eines dem rechten Oberarm entnommenen Hautstückes auf den Trommelfelldefect.

16. Juli. Keine Reactionserscheinungen. Bei der Untersuchung des Gehörganges zeigt sich der Lappen gesenkt, so dass die obere Hälfte des Substanzverlustes im Trommelfell unbedeckt ist und man die geröthete Schleimhaut des Promont. sieht. Der Lappen wurde wieder mit der Sonde an Ort und Stelle gebracht und das Ohr mit Sublimatgaze verbunden.

19. Juli. Der Lappen liegt an, deckt aber nicht den ganzen Substanzverlust des Trommelfelles. Lappen weiss, kein Exsudat.

22 Juli. Kein Schmerz, kein Sausen. Das im Gehörgang befindliche Stück Sublimatgaze ziemlich stark mit Eiter durchtränkt, so dass die Ausspritzung des Gehörganges erforderlich wurde. An dem Reste des Trommelfelles, welches mässig gewulstet erscheint, ist der Hammergriff mit stark injicirtem Cutisüberzug und deutlichem kleinen Fortsatz bemerklich; der erstere ragt in das transplantirte Hautstück fast in nor-

Digitized by Google

maler Stellung hinein; von dem Lückenrande des Trommelfelles ist das vordere untere Segment in der Ausdehnung von etwa 3 Mmtr. und das hintere untere Segment in eben solcher Ausdehnung deutlich zu unterscheiden. Derselbe erscheint intensiv geröthet. Hörweite 1 Ctm.

24. Juli. Etwas weniger Secret, sonst keine Veränderung. Hörweite 1 Ctm.

26. Juli. Das transplantirte Stück sammt Eitermassen an der Sublimatgaze anhaftend und damit abgegangen.

Fibroma molle auriculae. Von Dr. Wilh. Anton. (Archiv für Ohrenheilkunde, Bd. 28, Heft 4.)

A. entfernte bei einem 44jähr. Schlosser eine angeblich innerhalb 4 Monaten gewucherte Geschwulst von Wallnussgrösse, röthlicher Farbe, weicher Consistenz und mit exulcerirter Oberfläche, welche die Concha des linken Ohres ausfüllte und den Meatus aud. ext. theilweise verschloss. Nach der Entfernung mittelst Glühschlinge fand A. den nur 4 Mmtr. breiten Stiel zwischen Spina helicis und dem unteren Schenkel der Crura furcata-Wurzeln. Die Geschwulst erwies sich als bindegewebige Neubildung von alveolärer Structur mit Veränderungen entzündlicher Natur.

Gomperz.

---

b) Rhinologische:

Société française d'otologie et de laryngologie, séance annuelle du 23 et 24 Mai 1890.

Dr. Noquet legt die Fragmente eines sehr grossen, weichen, stückweise extrahirten Rhinolithen vor; der Kern bestand aus einem zusammengewundenen Stück Seide, welches wahrscheinlich behufs Nasentamponade bei Blutung eingeführt worden war, von welcher Manipulation Patient aber nichts mehr wusste. Das Hauptsymptom waren der ozaenaartige Geruch, die Schmerzlosigkeit und das Thränen des entgegengesetzten Auges als Reflex.

Dr. Ruault zeigt drei exstirpirte Nasensteine; alle drei bei Erwachsenen, mit foetidem, aber nicht ozaenaähnlichem Geruch, bei jedem neuralgische Schmerzen, aber sonst keine Reflexerscheinungen, namentlich keine asthmatischen Anfälle und keinen Spasmus glottidis hervorrufend; blos in einem Falle konnte ein Kirschkern als Ausgangspunkt der Kalkauflagerungen nachgewiesen werden. R. zweifelt aber nicht, dass in den beiden anderen Fällen Fremdkörper, wenn auch nicht mehr mit blossem Auge nachweisbar, bestanden; denn das autochthone Entstehen der Rhinolithen sei zweifelhaft.

Dr. Wagnier erzählt den Fall eines 9 Monate alten Kindes, welches beim Fallen ein 30 Ctm. langes Stück Holz sich in die Tiefe des Mundes stiess. Vier Tage später Ausfluss aus einem Ohre mit Bildung von Ohrpolypen. Es wurde später ein Stück Holz durch Operation 5 Ctm. unter dem rechten Gehörgange entfernt, die Eiterung sistirte und die Polypen trockneten ein.

Digitized by Google

Dr. Charazac spricht über einen Fall von hysterischem Mutismus. Der Anfall trat bei einem heftigen Schmerz ein, welchen das 18jährige Mädchen in Folge einer raschen Bewegung verspürte, nachdem es zwei Wochen vorher eine Stecknadel verschluckt hatte. Das Stummsein war das einzige Symptom der Hysterie. Patientin war überzeugt, dass das Stummsein directe Folge der verschluckten Nadel sei, welche ihrer Aussage gemäss im linken Perichondrium sitze, wo sie auch den Schmerz verspürte. Die Suggestion während des hypnotischen Schlafes brachte der Kranken die Stimme auf zwei Tage wieder, aber dann behauptete sie, die Nadel und der Schmerz seien blos verlegt. Bei einem zweiten Versuch machte Verf. während des hypnotischen Schlafes eine Morphiumeinspritzung an der schmerzhaften Stelle; der Schmerz verschwand, um nicht mehr wiederzukehren und Patientin war geheilt.

Dr. Raulin spricht über die adenoiden Vegetationen bei Erwachsenen, Dr. Boucheron über das Zusammenbestehen der adenoiden Vegetationen und der Gaumenspalte. Dr. Joal betont die Häufigkeit des Oesophagismus als Reflexerscheinung von Nasenleiden, von der Pharynxmandel und sogar von hypertrophischen Zungenpapillen. Dr. P. K

Die Pathologie des Heufiebers. (The pathology of hayfever.) Von J. B. Berkart, M. D., London. (Lancet, 5. Juli 1890.)

Verf. sieht in dem Heufieber nichts Besonderes, nichts, was nicht durch die gewöhnliche Ursache, Erkältung, hervorgerufen werden könnte. Auch die Pollentheorie lässt er nicht gelten, da in der Luft noch viele andere Schädlichkeiten enthalten seien, als: Infusorien, Thierhaare, Bacillen etc. etc., welche ebenso gut Ursache der Erkrankung sein könnten. Er glaubt, dass hauptsächlich der Staub Ursache sei und dass deshalb gerade der Sommer dazu disponire. (Wir haben sehr oft im Winter monatelang sehr viel Staub, den Heuschnupfen habe ich aber noch nicht im Winter gesehen. Ich will damit nicht leugnen, dass Einathmen von Staub nicht Schnupfen erzeugen könnte. Ref.)

Dr. M. Schm.

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Ueber Apsithyria. Aus der Berliner Universitäts-Poliklinik für Hals- und Nasenleiden. Von Dr. Peltesohn. (Berl. klin. Wochenschr. No. 30. 1890.)

Unter diesem von Solis Cohen eingeführten Namen wird die mit der hysterischen Aphonie verwandte hysterische Stummheit, die „Unfähigkeit, selbst zu flüstern," beschrieben, von der z. Z. erst 45 Fälle bekannt seien, und deren 2 in der genannten Poliklinik zur Beobachtung kamen. Das Characteristische der Erkrankung ist die Unmöglichkeit, auch nur den geringsten Laut hervorzubringen. Während der Taubstumme und der Aphasische „wenigstens weinen, schreien, grunzen, unartikulirte Laute ausstossen" können, versagen dem an Apsithyria Leidenden Lippen, Zunge, Gaumen, soweit sie zur Artikulation benutzt werden sollen, vollkommen den Dienst. „Er hat das Gedächtniss seiner artikulatorischen Bewegungen eingebüsst" und „greift deshalb sofort zu Bleistift und Papier, um sich mit seiner Umgebung zu verständigen". Die

Digitized by Google

Affection kommt bei beiden Geschlechtern vor: die Altersgrenzen (sämmtlicher Fälle) schwankten zwischen dem 6. und 51. Lebensjahre. In 6 Fällen (sämmtlich Männer) war die Apsithyria von Verlust des Gehörs begleitet. Der Beginn ist meist plötzlich: nach Schreck, Ueberraschung, Aerger etc., oder im Anschluss an Laryngitis oder Aphonie, oder nach hysterischen Schrei- und Lachkrämpfen; in anderen Fällen fehlt jede nachweisbare äussere Veranlassung. Viele Patienten klagen über gleichzeitige eigenthümliche Empfindungen im Halse oder an der Zunge. Laryngoscopische Befunde liegen nur wenige vor. In dem von P. ausführlich beschriebenen Falle standen die Stimmbänder in der Mitte zwischen Ab- und Adduction und konnten der Mittellinie nicht genähert werden. „Nur ein leises Erzittern des freien Randes und eine minimale Bewegung der Aryknorpel lassen die Intention zum Phoniren erkennen." Abductionsbewegungen normal; Pat. ist aber weder im Stande laut zu husten noch laut zu lachen. Verlauf und Dauer der Affection ist entsprechend ihrem hysterischen Character ohne Regel und Maass. Häufig kehrt die Sprache ganz plötzlich wieder: auf den centralen Ursprung der Störung weisen dagegen solche Fälle hin, in denen die Kranken, bevor sie die Herrschaft über die Sprache wiedererlangen, eine Zeit lang nur stammelnd und stotternd erst Worte und dann Sätze hervorzubringen vermögen. Hysterische Begleiterscheinungen waren in allen Fällen vorhanden. Die Prognose wird als „wohl niemals ungünstig" bezeichnet. Therapeutisch werden neben allgemeinen antihysterischen Maassnahmen methodische Sprechübungen empfohlen. Heinze

---

Jahresversammlung der belgischen Laryngologen und Otologen in Brüssel 1890. (Assemblée annuelle des laryngologistes et des otologistes belges 1890.) Von Dr. Goris. (Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie No. 14.)

Bayer spricht über Correlation der Sexualorgane der Frau und dem Stimmorgan, Capart stellt einen durch Electrolyse behandelten und in der Heilung begriffenen Nasenrachenpolypen vor; Goris heilte ein nach Tracheotomie bei einem 12jährigen Kinde aufgetretenes tracheales Cheloid durch einfaches Reiben mittelst der Fauvel'schen Pincette; derselbe stellt ein durch Mittelohrcatarrh epileptisch gewordenes 30jähr. Mädchen vor, welches durch Catheterismus der Eustachi'schen Trompete und die von Delstanche angerathene Rarefaction geheilt wurde. Delstanche stellt eine durch Rarefaction behandelte Patientin vor; selbe hatte sich mittelst einer Stricknadel das Trommelfell durchbohrt; gleich darauf folgende Taubheit, Ohrensausen und an's Bett fesselnder Schwindel; die nach einiger Zeit vorgenommene Untersuchung ergab eine schwarze, nach innen adhaerirende Narbe auf dem Trommelfell; gleich nach der ersten Sitzung verschwand das Ohrensausen, der Schwindel nahm ab und verschwand später vollständig, die Taubheit wurde nicht geheilt. Laurent erzählt ein Beispiel, wo Reflexsymptome, welche auf Nasenleiden beruhten, durch die Behandlung vermehrt, statt geheilt wurden; durch die bei der Behandlung gebildeten Narben werden in solchen Fällen Endigungen der Nerven gezerrt und Verschlimmerung statt Heilung gebracht. Rutten erzählt einen Fall von Polyp der Highmorshöhle, welcher die Alveole des

Digitized by Google

entfernten zweiten Backzahnes durchbrochen und den Zahn ersetzt hatte. Schiffers zeigt einen grossen Rhinolithen.

Folgte noch eine Discussion über verschiedene Gegenstände, an welcher sich Rutten, Hicquet, Eemann, Capart, Goris und Delstanche betheiligten. Dr. P. K.

Zwei Fälle von Hypertrophie der Zungentonsille, von denen der eine ernste Symptome zeigte. (Two Cases of Hypertrophy of the Adenoid Tissue of the Base of the Tongue, one of them producing „serious Symptoms".) Von J. E. Boylan, Cincinnati. O. (The Journ. of the Am. Med. Ass., 12. Juli 1890.)

Etwas weitschweifiger Bericht zweier Fälle von Hypertrophie der Zungentonsille mit wiederholten Erstickungsanfällen bei dem einen Pat. — Bei der Lectüre dieses Artikels wäre man geneigt, einen Ausdruck wie „Tonsilla lingues" für einen Druckfehler zu halten, wenn Verf. nicht kurz vorher von „Asinus glands" gesprochen hätte, ein lateinisches Sprachräthsel, dessen Bedeutung dem Ref. ebenso unklar geblieben ist, wie wohl dem Herrn Verf. selber. W. Fr. (N.-Y.)

Ein Fall von Trepanation wegen Paralyse der Sprache in Folge einer Verletzung. (A Case of Trephining for Paralysis of Speech Following an Injury.) Von J. D. Jones, Utica, N.-Y. (The N.-Y. Med. Journ., 12. Juli 1890.)

Wiewohl Verf. zugesteht, einen Irrthum in der Diagnose gemacht zu haben, hält er doch (und wir mit ihm. Ref.) folgenden Fall für wichtig genug, um ihn mitzutheilen. Ein 26jähriges, lüderliches Frauenzimmer wurde bewusstlos und mit den äusseren Zeichen einer stattgehabten Verletzung aufgefunden. Sie hatte vollständige Paralyse der rechten Seite. Die Sensibilität war gleichfalls herabgesetzt. Sie konnte nichts sprechen, ausser „No" und „I can't". Auch vorgesprochene Worte konnte sie nicht wiederholen. Schliesslich hatte sie noch grosse Ecchymosen auf der linken Seite des Kopfes über und hinter dem linken Auge. Alles dies veranlasste den Autor, an Druck, veranlasst durch einen Bluterguss in der Gegend des Sprachcentrums, zu denken. Es wurde trepanirt (nach der von Dana angegebenen Localisation), wobei eine starke Blutung aus einer grossen Vene der Diploë erfolgte. Den erwarteten Blutklumpen fand man jedoch nicht, hingegen war das „Gewebe an dieser Stelle augenscheinlich erkrankt". Drei Tage nach der Operation fing das Mädchen wieder an zu sprechen und konnte etwa am zehnten Tage schon fast alle Worte wiederholen, die ihr vorgesprochen wurden. W. Fr.

Nervöse Aphonie „a frigore" bei einem Kinde. (Aphonie nerveuse „a frigore" chez un enfant.) Von Dr. Peyrissac. (Annales de la Policlinique de Bordeaux und Revue de laryngol. et d'otologie No. 19.)

Ein 13jähriges, sonst nicht nervöses Kind durchnässte sich beim Blumenbegiessen und ward aphon; nach 6 Wochen sah man im Kehlkopfspiegel einen catarrhalischen Zustand der Stimmbänder mit Lähmung aller Phonationsmuskeln. Nach einigen Versuchen, die Vocale laut auszusprechen, kam die Stimme zurück. Verf. nimmt als Ursache den Reiz der Kälte auf die so empfindlichen Aryknorpel an. Dr. P. K.

Digitized by Google

Chronische nervöse Dysphonie. (De la dysphonie nerveuse chronique.) Von Dr. Brissand. (Archives de laryngologie und Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie No. 14.)

Sie ist neuropathischer und meist hereditärer Natur und besteht in einer Accomodationsinsufficienz der phonischen Stimmbandmuskeln; die Sprachstörung ist constant. Verf. erzählt 10 solcher Beispiele, wo sonst kein anderes Symptom von Hysterie bestand; bei Hysterie besteht bekanntlich Aphonie; gewöhnlich können solche Kranke gut singen und predigen mit Pathos. Verf. stellt diese Dysphonie auf gleiche Stufe mit dem Stottern; Stotternde können gewöhnlich gut singen und ein auswendig gelerntes Stück vortragen, ohne zu stottern. Dr. P. K.

Einseitige Larynxlähmungen; ihre diagnostische Bedeutung. (Etude sur les laryngoplégies unilatérales; leur valeur diagnostique.) Von Dr. Rémi Moncorgé. (Thèse de Lyon, Juni 1890, und Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie No. 14.)

Verf. giebt die diagnostische Bedeutung der einseitigen Stimmbandlähmungen in den Fällen von Aneurysma, Oesophaguscarcinom, Kropf, Tabes dorsalis, Centralleiden; er geht die Lähmungen der einzelnen Muskelgruppen durch, in Bezug der respiratorischen Larynxlähmung steht er auf der Seite von Krause, nimmt mit Krause, Masini und Garel ein doppeltes Laryngealcentrum mit Kreuzung der Fasern, nahe dem Hypoglossus- und dem Aphasiecentrum gelegen, an. Sonst enthält die Schrift nichts Neues. Dr. P. K.

Beitrag zur Lehre der combinirten Larynxphthise und Larynxsyphilis. (Contribution à l'étude des lésions combinées de la syphilis et de la tuberculose du larynx.) Von Dr. Luc. (Archives de laryngol. und Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie No. 14.)

Die Differentialdiagnose zwischen Larynxtuberculose und Larynxsyphilis stösst manchmal auf solche Schwierigkeiten, dass man die Frage aufgeworfen hat, ob nicht in solchen Fällen beide Krankheiten zugleich bestehen können. Verf. giebt vier Beispiele, wo Larynxtuberculose auf Larynxsyphilis gefolgt ist und wo Verf. den Uebergang eines Geschwürs in das andere laryngoscopisch verfolgt hat. Die tertiäre Syphilis bringt den Kranken unter geeignete Verhältnisse, um den Koch'schen Bacillus mittelst der bestehenden Geschwürsflächen aufzunehmen.

Dr. P. K.

Untersuchungen über die Aetiologie der Kehlkopftuberculose. Von Dr. Eugen Fränkel. (Virchow's Archiv, Bd. 121, Heft 3, 3. Sept. 1890.)

F. untersuchte die in 16 Kehlköpfen von an Lungenschwindsucht Verstorbenen vorgefundenen Veränderungen, welche theils in oberflächlichen Substanzverlusten an den Processus vocales (7 Mal), theils in flachen („lenticulären") Ulcerationen auf der Schleimhaut unterhalb der Glottis bezw. an Stimmband und Kehldeckel, theils in tiefen Ulcerationen mit Infiltration in der Gegend der Aryknorpel, an den Lig. aryepiglott., der Epiglottis und der hinteren Larynxwand bestanden. Aus den Bildern, welche die microscopische Untersuchung, insbesondere der an den Proc. vocales gefundenen Substanzverluste ergeben hat, folgert F., dass die

Digitized by Google

Tuberkelbacillen nicht auf dem Wege der Lymphbahnen, von innen heraus, sondern von der Oberfläche her, durch oder zwischen die Epithelzellen hindurch in die Schleimhaut eindringen und allmählig in die tieferen Theile gelangen. Ob die Bacillen in jeder Beziehung völlig intacte Epithelien zu durchdringen vermögen, lässt er dahingestellt: jedenfalls sei das Fehlen des Epithels nicht nothwendige Vorbedingung für deren Einwanderung in die Gewebe. Die Frage, ob die Tuberkelbacillen ganz allein Veranlassung seien für die Entstehung und Weiterentwicklung der tuberculösen Processe im Kehlkopf, wird von F. bejaht: zwar konnte ziemlich häufig die Anwesenheit von noch anderen Microorganismen (Staphylo- und Streptococcen) nachgewiesen werden, doch sei deren Eindringen für eine secundäre Infection zu halten, da die Tuberkelbacillen immer in noch tieferen Gewebsschichten angetroffen würden als die Coccen. Beweise dafür, dass, je tiefgreifender die Zerstörung, um so grösser auch die Zahl der eingedrungenen Bacillen wäre, haben sich nicht ergeben; dagegen bestätigten die Untersuchungen den Satz, dass, je reichlicher Riesenzellen, desto spärlicher Tuberkelbacillen vorhanden sind, und umgekehrt. Dass auch nicht durch Tuberkelbacillen bedingte und characterisirte Ulcerationen als alleinige pathologische Veränderung oder neben ausgesprochenen tuberculösen Processen im Kehlkopfe Schwindsüchtiger vorkommen, fand F. in 2 Fällen bestätigt. Beide Male sassen die Substanzverluste am bezw. in der Nähe des Proc. vocalis. In therapeutischer Hinsicht glaubt F. durch das Resultat seiner Untersuchungen die Berechtigung der von Heryng empfohlenen chirurgischen Behandlung der Kehlkopftuberculose, insbesondere auch in den Anfangsstadien derselben, nachgewiesen zu haben. Heinze.

Ueber die Verengerungen der Luftröhre und des Kehlkopfes, welche bisweilen dem Gebrauche von Tracheotomieröhren folgen, mit Bemerkungen über den augenblicklichen Stand der Frage der Intubation. (On the stenosis of the trachea and larynx, which occasionelly follows the use of a tracheotomy tube, with remarks on the present position of intubation.) Von Bernard Pitts and W. F. Brook. (Lancet, 10. und 17. Januar 1891.)

In den meisten Fällen kann man die Tube nicht entfernen wegen Mangel an Zuversicht seitens der Kranken. In den 4 Fällen, über welche Verff. berichten, war indessen ein mechanisches Hinderniss in dem obersten Theile der Luftröhre und dem untersten Theile des Kehlkopfes entstanden. Verff. nehmen an, dass die Ursache meistens in den zu hoch, im Ringknorpel angelegten Schnitten und in ungeeigneten Canülen zu suchen sei. Der erste Fall betraf einen 3jährigen Knaben, bei welchem 3 Jahre lang mittelst Cathetern und Intubation versucht worden war, die natürliche Athmung wieder herzustellen. Dies gelang aber erst, nachdem durch eine Thyreotomie eine diaphragmaähnliche Membran im untersten Theile des Kehlkopfes exstirpirt worden war. Danach war die vorher vergeblich angewendete Intubation von Erfolg begleitet. Der zweite Fall, welcher 3 Monate lang die Röhre tragen musste, wurde geheilt, nachdem in der Luftröhre Granulationen nach Erweiterung der Wunde entfernt worden waren und dann eine Intubationsröhre eingelegt worden war. In dem dritten Fall war die Ur-

Digitized by Google

sache in einer Narbenmasse an der hinteren Wand der Luftröhre zu suchen; nachdem diese durch Operation entfernt worden war, kam die Heilung durch lang fortgesetzte Iutubation zu Stande. Der vierte Fall betraf einen 9jährigen Knaben, welcher 5 Jahre die Canüle getragen hatte und bei welchem es erst nach wiederholter und sehr ausgiebiger Entfernung der Narbenmasse, die ähnlich wie in dem ersten Fall gestaltet war, gelang, eine Intubationsröhre einzuführen und den Knaben dadurch allmählig zu heilen.

Man soll in ähnlichen Fällen allemal die Intubation zuerst versuchen und erst wenn diese fehlschlägt, nachsehen, ob nicht Hindernisse in der Luftröhre oder dem Kehlkopfe sind, welche man dann vorher auf operativem Wege entfernen muss. Bei der Einführung der Röhren kann man in solchen Fällen schon einen gewissen Grad von Gewalt anwenden, den man bei frischen Entzündungen vermeiden müsste. Nach der Einführung giebt er einige Tage eine breiige Nahrung, die Kranken lernen aber sehr schnell trotz der Röhren auch flüssige Nahrung schlucken. Die Herausnahme der Röhren, die in einem der Fälle 14 Tage liegen blieb, war immer der schwierigste Theil der Behandlung, da das Instrument zum Herausnehmen zu lang war. Er liess sich daher ein kürzeres machen. Die Tracheotomiewunde wird während dem durch einen Hartgummipflock offen gehalten. Verff. besprechen dann noch die Indicationen und Contraindicationen der Intubation. Unter den Nachtheilen führen sie Stenosen des Kehlkopfes an, welche durch Druckgeschwüre durch die Röhre herbeigeführt worden waren.

Dr. M. Schm.

Ein Fall von partieller Laryngectomie wegen Carcinoms des Larynx. (Report of a Case of Partial Laryngectomy for Carcinoma of the Larynx.) Von Max Thorner, Cincinnati, O. (The Journal of the Amer. Med. Ass., 21. Juni 1890.)

Characteristischer Fall eines nach B. Fränkel sogen. Carcinoma ventriculare, der eine seit 4 Jahren verheirathete, 51jährige Frau betraf. Dieselbe leidet an leichter Dyspnoë und ist jetzt bereits vollständig aphonisch. Rechtes Stimmband normal, linkes mit einer kirschgrossen, etwas unebenen und scharf abgegrenzten Masse bedeckt, welche vollständig den Ventrikel und das falsche Stimmband erfüllt. Der Tumor bewegt sich bei der Phonation gegen die Mittellinie, die Glottis schliesst aber nicht vollkommen.

Nach 6wöchentlicher fruchtloser Behandlung mit Jodkalium (in Amerika werden bekanntlich colossale Dosen davon gegeben. Ref.) wurde die Laryngectomie gemacht und trotzdem die Wunde schön verheilte, starb Patientin doch am 6. Tage nach der Operation. Verf. ist der Ansicht, dass der Exitus letalis hier in Folge von Herzschwäche eingetreten sei und bekennt offen, dass er in einem ähnlichen Falle nicht zögern würde, die Operation abermals vorzunehmen. (Da hier kein Herzfehler vorlag, so fragt es sich, ob nicht doch durch Erhaltung gewisser Nervenverbindungen [vergl. Stoerk] das Leben hätte verlängert werden können. Ref.)

W. Fr. (N.-Y.)

Digitized by Google

Die Verhütung der Cocain-Intoxication. (The Prevention of the Toxic Effect of Cocaine.) Von Isidor Gluck, Omaha, Neb. (Med. Record, 21. Juni 1890.)

Um die toxischen Eigenschaften des Cocains aufzuheben, gebraucht Verf. folgende Lösung:

Rp. Phenol. gutt. II.
Aqu. dest. . . . . 3,5.
Adde
Cocain. hydrochl. . . 0,6. W. Fr. (N.-Y.)

Keuchhusten, Croup, Tracheotomie, Verschlimmerung des Keuchhustens, Heilung. (Coqueluche, croup, trachéotomie, Aggravation de la coqueluche, guérison.) Von Dr. Ollive. (Gazette médicale de Nantes und Revue de laryngol. et d'otol. No. 20.)

Ein 27 Monate altes, mit Tussis convulsiva behaftetes Kind bekam am zehnten Tage der Krankheit Heiserkeit mit Athemnoth. Keine Diphtheritis, keine Ganglienschwellung; wegen des raschen Auftretens der Erkrankung musste Trachealdrüsenschwellung ausgeschlossen werden. Lungen gesund. Die Tracheotomie musste ausgeführt werden. Der Keuchhusten nahm Anfangs zu, dann aber ab. Am 8. Tage konnte die Canüle entfernt werden. Dr. P. K.

Intubation des Kehlkopfes in einem Fall von Diphtherie. (Intubation of the larynx in a case of diphtheria.) Unter Behandlung von Dr. Barlow, mitgetheilt von Dr. Bays. (Lancet, 20. September 1890.)

Beim Einführen schob die Röhre die Membranen in der Trachea vor sich her und verursachte einen Erstickungsanfall, es musste dann die Tracheotomie gemacht werden. Das Kind starb nachher am zweiten Tage. An der Hand dieser Erfahrung ist der Verf. der Ansicht, dass man bei der Intubation immer auch für Tracheotomie gerüstet sein müsse. Dr. M. Schm.

Ueber Branchialfisteln. (Des fistules branchiales.) Von Dr. F. Schiffers, Lüttich. (Internation. Congress für Laryngol. und Otologie. Paris, September 1889.)

Verf. bearbeitet die Frage der Branchialfisteln und namentlich derjenigen der Seitengegend des Halses, der sogenannten Pharyngealfisteln; sie sind nicht nur für den Embryologen, sondern auch für den practischen Arzt von Wichtigkeit. Verf. studirt deren Pathogenie und deren chirurgische Behandlung. Sie sind nicht so selten, wie man annimmt, sie werden oft nicht erkannt; das Studium ist namentlich in Frankreich vernachlässigt worden, denn in der ganzen französischen Literatur findet man nur 3 Fälle erwähnt. Verf. erzählt einen Fall aus seiner Praxis, welcher ihm Gelegenheit gegeben hat, die Symptome und die Behandlung des Leidens genauer zu studiren.

Ein 30jähriger Mann zeigte an der rechten Halsseite vor dem Sternocleidomastoideus eine fistulöse Oeffnung, aus welcher seit 14 Jahren eine

Digitized by Google

eitrig-seröse Flüssigkeit ausfloss. Nach der Exstirpation der Cyste (secundäre Branchialcyste) mittelst Messer und Pincette hörte der Ausfluss auf und der Kranke war vollständig geheilt.

Das Leiden war congenital, eine Schwester des Patienten hatte an der rechten Halsseite dasselbe Uebel.

Man muss sich immer überzeugen, ob die Fistel blind ist, oder ob sie eine innere Oeffnung hat; dazu bedient man sich am besten der Pharyngo- und Laryngoscopie. Das Einspritzen farbiger oder stark schmeckender Flüssigkeit ist nicht anzurathen, weil bei gewundener Fistel, selbst wenn letztere eine innere pharyngeale Oeffnung besitzt, die Flüssigkeit nicht in den Pharynx gelangt. Das künstliche Schliessen der äusseren Oeffnung auf der Haut kann zur Diagnose verhelfen, indem es eine Zeit lang den Ausfluss hemmt und durch die Palpation die cystische Anschwellung erkennen lässt.

Um dieses embryonale Leiden zu heilen, räth Verf. die Excision an. Man kann den Sack blosslegen durch Messer, Pincette und Hohlsonde, was denn auch in dem gegebenen Fall geschehen ist.

Verf. zeigt der Versammlung die eiförmige, etwa 7 Ctm. lange, exstirpirte Cyste, sowie microscopische Präparate, welche vom Seitenrande der Ausgangsöffnung herrührten. Die Galvanocaustik könnte auch gegebenen Falles angewandt werden; man wird aber wegen des sinuösen, geschlängelten Verlaufes des Canales auf Schwierigkeiten stossen.

Dr. P. K.

INHALT.

I. Originalien: A. Bistrzycki und K. v. Kostanecki: Das Gewicht menschlicher Gehörknöchelchen. — Meyjes: Ein Fall von Zweitheilung im vorderen Theil der mittleren Muschel. — Onodi: Fälle von Parosmien. — Lamann: Die Accumulatoren im Dienste der Laryngologie etc. (Schluss). — Hansberg: Heilung eines grossen „typischen" Nasenrachenpolypen (Schluss) — Przedborski: Beitrag zur Kenntniss der Aetiologie, Diagnose und Therapie des Vorfalls der Schleimhaut der Morgagni'schen Taschen (Prolapsus vel hernia ventric. Morgagni) (Schluss). — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Bericht über die an der k. k. Wiener Universitäts-Klinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Josef Gruber im Jahre 1889 ambulatorisch behandelten Kranken (Fortsetzung). — Anton: Fibroma molle auriculae. — b) Rhinologische: Société française d'otologie et de laryngologie, séance annuelle du 23 et 24 Mai 1890. — Berkart: Die Pathologie des Heufiebers. — c) Pharyngo-laryngologische: Peltesohn: Ueber Apsithyria. — Goris: Jahresversammlung der belgischen Laryngologen und Otologen in Brüssel 1890. — Boylan: Zwei Fälle von Hypertrophie der Zungentonsille, von denen der eine ernste Symptome zeigte. — Jones: Ein Fall von Trepanation wegen Paralyse der Sprache in Folge einer Verletzung. — Peyrissac: Nervöse Aphonie „a frigore" bei einem Kinde. — Brissand: Chronische nervöse Dysphonie. — Moncorgé: Einseitige Larynxlähmungen; ihre diagnostische Bedeutung. — Luc: Beitrag zur Lehre der combinirten Larynxphthise und Larynxsyphilis. — Fränkel: Untersuchungen über die Aetiologie der Kehlkopftuberculose. — Pitts und Brook: Ueber die Verengerungen der Luftröhre und des Kehlkopfes, welche bisweilen dem Gebrauche von Tracheotomieröhren folgen, mit Bemerkungen über den augenblicklichen Stand der Frage der Intubation. — Thorner: Ein Fall von partieller Laryngectomie wegen Carcinoms des Larynx. — Gluck: Die Verhütung der Cocain-Intoxication. — Ollive: Keuchhusten, Croup, Tracheotomie, Verschlimmerung des Keuchhustens. Heilung. — Bays: Intubation des Kehlkopfes in einem Fall von Diphtherie. — Schiffers: Ueber Branchialfisteln.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I. Freiung 7. zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**	**Dr. N. RÜDINGER** o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**	**Dr. v. SCHRÖTTER** Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**	**Dr. WEBER-LIEL** Professor der Ohrenheilkunde in **Bonn.**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.

Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXV. **Berlin, April 1891.** **No. 4.**

I. Originalien.

Stimmgabel und Stimmgabelversuche II.

Von

Prof. Dr. **Kiesselbach.**

Den in meiner vorigen Mittheilung[1]) besprochenen „physiologischen Versuchen mit Anspannung des Trommelfells" möchte ich noch den Gähnversuch anreihen. Es ist bekannt, dass bei intensivem Gähnen die Klänge der Musik, das Geräusch einer lebhaften Unterhaltung plötzlich erlöschen — in vielen Fällen wird während dieser Taubheit für äussere Töne ein intensives Klingen im Ohre gehört, welches nicht mit dem durch Vorschieben des Unterkiefers entstehenden Klirren verwechselt werden darf[2]). Man kann nun auf zweierlei Art gähnen. Contrahirt man den Tensor tympani beim Gähnen, so wird der Ton der Stimmgabel bis zum Erlöschen desselben höher gehört, und nur dann tritt in der Hörpause jenes Klingen im Ohre auf. Lässt man dagegen den Tensor in Ruhe, so wird der Ton für Luft- und Knochenleitung gleichfalls schwächer, aber nicht höher, sondern etwas tiefer. Dass gar keine oder nur eine geringe Tonerhöhung für Luft- und Knochenleitung bei Contraction des Tensor zu Stande kommt, habe ich nur dann beobachtet,

[1]) Monatsschrift f. Ohrenheilk. No. 1, 1891.
[2]) Studie über Ohrenklingen. Monatsschrift für Ohrenheilk. No. 4, 1886.

Digitized by Google

wenn entweder schon Einziehung des Trommelfells vorhanden war, oder auch in einigen Fällen nach der Luftdouche, so lange noch ein starker Ueberdruck in der Paukenhöhle vorhanden war.

Wie ich bereits bei dem Versuche mit Einpressen des kleinen Fingers in den Gehörgang bemerkt habe, gelingt es nur schwer oder gar nicht, bei dem catarrhalisch erkrankten Ohre eine Herabsetzung der Tonstärke für Knochenleitung zu erreichen; dasselbe ist bei dem Gähnversuch der Fall. Es muss also hier ein neuer Factor hinzukommen, welcher die gehörschwächende Wirkung der Anspannung des Schallleitungsapparates für die Knochenleitung ausgleicht oder sogar übercompensirt.

Die physiologischen Experimente belehren uns, dass jede Verminderung der Beweglichkeit des Schallleitungsapparates durch mechanisches Einwärtsdrängen des Trommelfells, Luftverdünnung in der Paukenhöhle, Contraction des Tensor tympani, Contraction des Musculus stapedius, eine Gehörverschlechterung für Luft- und Knochenleitung zur Folge hat. Bei Catarrhen oder Entzündungen des Mittelohres finden wir dagegen in der Regel eine Verstärkung der Perception für Knochenleitung, aber es giebt auch Ausnahmen, und es sind gerade diese Ausnahmefälle, welche berücksichtigt werden müssen, wenn man eine Erklärung dieser scheinbar entgegengesetzten Wirkungen finden will. Bisher haben sich aber fast alle Autoren nur mit der Regel beschäftigt und die Ausnahmsfälle nach dem Grundsatze: exceptio firmat regulam, gar nicht beachtet.

Es kann nicht in meiner Absicht liegen, alle bisher zur Erklärung der Verstärkung der Knochenleitung bei catarrhalischen und entzündlichen Processen aufgestellten Theorien zu besprechen, da dies zu weit führen würde. — In neuester Zeit sind zwei diametral entgegengesetzte Hypothesen aufgestellt worden. Steinbrügge glaubt, dass die Verstärkung der Perception für osteo-tympanale Leitung immer auf Hyperästhesie des Acusticus beruhe. Gradenigo[3]) hat dagegen eingewendet, dass die klinische Prüfung die Richtigkeit dieser Hypothese nicht bestätige, doch sind seine Einwürfe nicht hinreichend begründet, da er 1) ganz willkürlich annimmt, dass die Erregbarkeit des Acusticus nach dem Maasse der zur Erzeugung eines galvanischen Tones nöthigen Stromstärke zu bemessen sei, ohne dass er den Leitungswiderständen irgendwie Rechnung trägt, 2) ganz ausser Acht lässt, dass eine verbesserte Leitung für Schallwellen und eine verbesserte Leitung für den galvanischen Strom zwei recht verschiedene Dinge sein können.

Bezold stellt dagegen die Hypothese auf, dass es die Anspannung des Schallleitungsapparates sei, welche auf der einen Seite die Perception für Luftleitung verschlechtere, auf der anderen die Perception für Knochenleitung verbessere. Er begründet diese Ansicht mit folgendem Versuche: Wenn man ein mit dem Stiel einer Stimmgabel durch einen Bindfaden verbundenes Plättchen zwischen die Zähne nimmt, wird der Ton der Gabel nur dann durch Knochenleitung vernommen, wenn man den Faden anspannt.

Dass es Zustände giebt, in welchen wir eine Hyperästhesie des Acusticus annehmen müssen, ist wohl nicht zu bezweifeln; hierher gehört z. B. die Steigerung der elektrischen Erregbarkeit des Acusticus durch

[3]) Archiv f. Ohrenheilk. XXVII, pag. 1.

Digitized by Google

wiederholte Anwendung des galvanischen Stromes. Aber die Hyperästhesie ist eine verhältnissmässig seltene Erkrankungsform, und die Zahl der Fälle, in welchen ich eine Hyperästhesie des Hörnerven annehme, mindert sich in dem Maasse, als meine Kenntnisse in Bezug auf die physiologischen und physikalischen Verhältnisse des Gehörorgans zunehmen. Einige Beispiele werden am besten zeigen, warum ich mit Steinbrügge nicht übereinstimme.

1) Um mit dem einfachsten Vorgange zu beginnen, erwähne ich zunächst das Verhalten des sonst normalen Ohres beim Ohrschmalzpfropf. Liegt derselbe so, dass das Trommelfell noch schwingen kann, so ist die Knochenleitung verstärkt; drückt er stark auf das Trommelfell, so ist sie vermindert. — Die Verstärkung ist bedingt durch Resonanz (im Sinne von Resonanzraum), die Verminderung durch die Anspannung des Ringbandes.

2) Bei acuten und subacuten Catarrhen kann man oft innerhalb eines Tages sehr bedeutende Schwankungen in der Perception der Knochenleitung constatiren, „auch ohne reflectorische Reizung der acustischen Centren durch die Luftdouche". Es ist merkwürdig, dass das Gehör für die Luftleitung auf dem erkrankten Ohre schlechter ist, wenn die Knochenleitung nur auf dem kranken Ohre gehört wird, selbst wenn das gesunde Ohr mit dem Finger verschlossen wird; dass dagegen durch Luftleitung besser gehört wird, sobald durch Verschluss des anderen Gehörgangs der Ton von dem erkrankten Ohre auf das gesunde überspringt. Ich denke, dass es bei solchen Vorgängen näher liegt, an eine Veränderung in dem Verhalten der Gefässe zu denken, als an Hyperästhesie. Ich erinnere nur an das Verhalten der Gefässe in der Nase, wo man unmittelbar hintereinander den Zustand hochgradigster Schwellung mit fast normal durchgängiger Nase abwechseln sieht.

3) Es kann bei Catarrhen des Mittelohres die Perception für Knochenleitung überhaupt nicht vorhanden sein, während sie nach einmaliger Luftdouche wieder auftritt. Auch bei eitriger Mittelohrentzündung kommt dieses zeitweilige Fehlen der Perception für Knochenleitung vor: „Die Perception durch die Kopfknochen ist in der Regel erhalten, nur ausnahmsweise schwindet dieselbe vor dem Durchbruche des Trommelfells, um nach erfolgter Perforation wiederzukehren. Beim Weber'schen Versuch wird die Stimmgabel, mit seltenen Ausnahmen, auf dem afficirten Ohre vorwaltend percipirt" (Politzer). Wenn also mechanische Ursachen eine Abschwächung der Knochenleitung erzeugen können, so ist es gewiss möglich, dass durch dieselben auch eine Verstärkung der Knochenleitung zu Stande kommt.

4) Ich habe nachgewiesen, dass, wenn (bei beiderseitiger Erregbarkeit der Acustici bei Querstellung der Electroden) der galvanische Ton bei Längsstellung der Electroden nur auf einem Ohre gehört wird, man denselben durch Verschluss des Gehörgangs auch auf dem andern Ohre hörbar machen kann[4]). Bei acuten und subacuten Catarrhen wird der galvanische Ton in der Regel auf demselben Ohr gehört, auf welchem auch die Knochenleitung vorwiegend vernommen wird. Bei denselben

[4]) Galvanische Reizung des Acusticus. Pfl. Arch. XXXI, pag. 95 u. 377; auch Sitzungsber. der physik.-med. Soc. zu Erlangen, 21. Mai 1883.

Digitized by Google

Individuen kommt es aber zu anderer Zeit vor, dass die Hörschärfe beider Ohren gleich ist, die Stimmgabel vom Scheitel auf beiden Ohren gleich stark gehört wird, dass dagegen der galvanische Ton (bei noch vorhandener galvanischer Erregbarkeit beider Acustici) bei Längsstellung der Electroden ebenfalls nur auf dem früher stärker erkrankten Ohre gehört wird. Ich möchte hier annehmen, dass dieses verschiedene Verhalten gegen Electricität und Knochenleitung darauf beruht, dass eine bessere Leitungsfähigkeit für den galvanischen Strom fortbesteht, während die Bedingungen für eine Verstärkung der Knochenleitung nicht mehr vorhanden sind. Ich habe wiederholt beobachtet, dass Recidive auf der Seite, welcher die Verstärkung des galvanischen Tones entspricht, leichter und stärker auftreten, als auf der anderen Seite. Dass andererseits auch Fälle vorkommen, in welchen die Bedingungen für Verstärkung der Knochenleitung gegeben sind, während die Leitungswiderstände für den galvanischen Strom so beträchtliche sind, dass eine Tonempfindung nicht ausgelöst werden kann, versteht sich von selbst.

5) Bei einseitiger Facialislähmung wird, wenn der Musculus stapedius gelähmt ist, die Stimmgabel vom Scheitel nach der erkrankten Seite gehört.

6) In allen Fällen von reiner Sclerose, bei welchen das Trommelfell von normalem Aussehen und die Tuben gut durchgängig waren, war beim Weber'schen Versuch, sobald überhaupt einigermaassen erhebliche Differenz der Hörschärfe beider Ohren bestand, die Knochenleitung auf dem besser hörenden Ohre stärker.

* * *

Das Bezold'sche Experiment ist zwar richtig, aber seine Anwendung auf die Ueberleitung eines Tones vom Schallleitungsapparate auf das Labyrinth beruht auf unrichtigen Voraussetzungen. Ringband und Steigbügel sind ja nicht dazu vorhanden, um einen Ton überzuleiten, sondern um durch eigene Schwingungen auf die Labyrinthgebilde einzuwirken. Das Ringband wird also seine Functionen um so besser erfüllen können, je freier es schwingen kann; es wird behindert durch jede Anspannung, und zwar gilt dies für alle auf dasselbe fortgeleiteten Schwingungen, von welcher Seite dieselben auch das Ringband treffen mögen. Man kann die Richtigkeit dieser Ansicht leicht durch das Experiment beweisen.

Man sägt in der Mitte eines dünnen Brettchens ein rundes Loch aus und leimt über das Loch eine möglichst dünne, mässig gespannte Gummimembran — oder man leimt eine solche Membran über das eine Ende eines Röhrchens von Tannenholz. Setzt man nun das (ebene!) Ende des Stiels einer angeschlagenen Stimmgabel auf die Membran auf, und beobachtet die Stärke des Tones von der entgegengesetzten Seite, oder indem man ein Otoscopende auf Brettchen oder Röhrchen aufsetzt, so hört man den Stimmgabelton am lautesten, wenn die Membran eben berührt wird; er wird schwächer, wenn die Membran durch Andrücken der Gabel gespannt wird. Setzt man umgekehrt den Stiel der Gabel auf das Brettchen oder Röhrchen auf und beobachtet die Stärke des Tons mit dem auf die Membran gesetzten Otoscop — statt des einen Otoscopendes

Digitized by Google

kann man auch ein undurchbohrtes Stückchen Holz, z. B. Bleistift, einsetzen —, so ist wieder der Ton am stärksten, wenn das Otoscopende die Membran eben berührt; er wird schwächer, wenn man die Membran mit dem Otoscopende spannt. Sobald man aber das Brettchen oder Röhrchen im ersten Falle mit der Stimmgabel, im zweiten Falle mit dem Otoscopende verbindet, am einfachsten durch einen Finger der haltenden Hand, so erklingt der Ton sofort wieder so laut oder noch lauter, als bei leichter Berührung der Membran.

Wie mir scheint, lassen sich die Resultate dieses Versuchs ohne Weiteres auf das erkrankte Ohr übertragen. Druck auf die Membran vermindert ihre Schwingungsfähigkeit, es wird daher der Ton auch für Knochenleitung schwächer. Bei dem entzündeten oder catarrhalisch erkrankten Ohre wird aber durch die Anschwellung der Schleimhaut eine Vermehrung der schwingenden Massen herbeigeführt, und hier muss die Wirkung für Luft- und Knochenleitung die entgegengesetzte sein. Während die Vermehrung der Massen den ohnehin schon in seiner Wirksamkeit behinderten Schallleitungsapparat noch mehr hemmt, ist der Knochenleitung ein breiterer Weg geschaffen, der sie befähigt, das durch die Anspannung der Membran gesetzte Hinderniss auszugleichen oder sogar zu übercompensiren. Wir haben es also bei der Knochenleitung mit zwei entgegengesetzt wirkenden Kräften zu thun: Sind die Hindernisse im Schallleitungsapparate das Ueberwiegende, so hören wir den Ton auch durch Knochenleitung schwächer; wiegt die Verbesserung der Leitung, die Vermehrung der schwingenden Masse vor (Resonanz im Sinne von Resonanzboden), so hören wir durch Knochenleitung stärker. Folglich wird bei Schwellungszuständen der Ton in der Regel auf dem schlechteren Ohre gehört, bei Hindernissen im Schallleitungsapparat ohne Schwellung (Sclerose) wird der Ton auf dem besseren Ohre gehört. Es erübrigt, die Verhältnisse bei Lähmung des Musc. stapedius zu betrachten, denn hier haben wir es mit Einziehung des Trommelfells zu thun, also mit vermehrtem Druck auf den Steigbügel; Schwellung ist nicht vorhanden, und doch wird der Ton vom Scheitel nach dem erkrankten Ohre gehört. Bedenken wir aber, dass im normalen Zustande durch die Elasticität des Muskels das Ringband immer in Spannung erhalten wird, während diese Spannung nach Lähmung des Muskels aufhört, so ist es klar, dass das Ringband in Folge der Lähmung trotz Einziehung des Hammergriffs schlaffer sein kann, als im normalen Ohre, und dass daher der Stimmgabelton, wie das physicalische Experiment beweist, vom Scheitel aus stärker gehört werden muss.

Wir haben also gefunden:

1) dass beim normalen Ohre jedes Hinderniss für die Beweglichkeit des Schallleitungsapparates, sobald dasselbe Steigbügel und Ringband mitbetrifft, eine Herabsetzung der Hörschärfe für Luft- und Knochenleitung bewirkt;

2) die Ursachen einer einseitigen Perception der Knochenleitung bei Mittelohrerkrankungen sind nicht immer dieselben:

a) bei Schwellungszuständen wird der Ton in der Regel auf dem schlechteren Ohre gehört, weil die Bedingungen für eine Fortleitung des Tons auf die Membran des ovalen Fensters und den

Digitized by Google

Steigbügel — auch bei vorhandener Einziehung — günstigere sind, als beim normalen Ohre.

b) Erschlaffung des Ringbandes, z. B. durch Lähmung des Stapedius, ermöglicht — trotz vorhandener Einziehung — stärkere Excursionen des Ringbandes und in Folge dessen ist die Perception der Knochenleitung auf dem erkrankten Ohr stärker.

c) Sind weder Schwellungszustände vorhanden, noch auch Erschlaffung des Ringbandes, so wird der Stimmgabelton auch vom Scheitel aus selbstverständlich vorwiegend auf dem auch für Luftleitung besseren Ohre gehört.

Nachtrag.

In Anbetracht der Wichtigkeit, welche die richtige Erklärung für die Verstärkung der Knochenleitung in kranken Ohren hat, möchte ich noch die Construction des Apparates andeuten, mit welchem ich die Verhältnisse des Ohres nachzuahmen versuchte. Ein 1,5 Ctm. weites, 6 Ctm. langes Holzröhrchen ist an einem Ende mit einer mässig straff gespannten, dünnen Gummimembran (Condom) verschlossen. In der Längsaxe des Holzröhrchens wird das verschiebbare Ende eines Otoscops angebracht, natürlich in der Weise, dass die Schallleitung zwischen Otoscopende und Unterlage oder Halter möglichst aufgehoben ist. Bringt man nun das andere Otoscopende in den Gehörgang, setzt am unverschlossenen Ende des Holzröhrchens eine angeschlagene Stimmgabel auf und drückt mit einem in ein kurzes Gummiröhrchen zum Theil eingeschobenen Stückchen Bleistift auf die Membran, so ist es leicht, zu constatiren, dass mit zunehmendem Drucke die Stärke des Tones der Membran abnimmt, sowie dass der Ton wieder stärker wird, sobald die Leitung zwischen dem Holzröhrchen und dem Bleistiftende durch Verbindung beider mit einem Finger verbessert, oder auf beliebige andere Art eine Vermehrung der schwingenden Masse zu Stande gebracht wird. — Die Verstärkung der Knochenleitung muss p. p. schon eintreten, wenn auch nur die Schleimhaut in der Nische des ovalen Fensters verdickt ist. Setzt man nämlich das eine Ende eines Holzstäbchens auf die Stirn, auf das andere Ende die angeschlagene Stimmgabel, so wird der Ton verstärkt, sobald man ein kürzeres Stäbchen neben das erstere anlegt, so dass das kürzere Stäbchen mit dem längeren und der Stirnhaut, aber nicht mit der Gabel in Berührung steht.

Eine neue im Munde vorgefundene Bacterie.

Mitgetheilt in der med. Gesellschaft in Kopenhagen am 11. November 1890.

Von

Dr. **E. Schmiegelow.**

M. H.! Die vorliegenden Versuche sind in dem Kopenhagener Universitäts-Laboratorium für medicinische Bacteriologie, dessen Vorsteher, Herrn Dr. C. J. Salomonsen, ich meinen besten Dank ausspreche, vorgenommen.

Die Bacterie, die ich beschreiben werde, fand ich auf folgende Weise: Am 15. Febr. 1889 wurde ich von einem 13jährigen Mädchen consultirt, welches vor 2 Monaten entdeckt hatte, dass beide Tonsillen

Digitized by Google

mit einer gelbweissen Masse bedeckt waren, die in erbsengrosse, champignonähnliche Formen über beide Tonsillen verbreitet war; ähnliche Vegetationen wurden auf dem hinteren Gaumenbogen und der Schlundwand vorgefunden. Sie sassen ausserordentlich fest, liessen sich mit der Pincette schwer lösen, wurden aber mit dem scharfen Löffel leicht entfernt. Sie waren unmittelbar nach einer Angina entstanden und verursachten keine subjectiven Symptome, nur einige Trockenheit. Kurz gesagt: es drehte sich um einen sogenannten Pharyngomykosis leptothricia, oder wie Jacobson[1]) ihn benennt: Algosis faucium leptothricia, weil de Bary und Brefeld Leptothrix zu den Algen zählt. B. Fränkel[2]) nannte ihn Mykosis tonsillaris benigna, als er 1873 die Krankheit beschrieb.

Ich bekam Lust, einige bacteriologische Untersuchungen dieser Tonsilmassen vorzunehmen, die sich microscopisch als aus einer Menge von Leptothrixfäden und Detritusmassen, Epithel etc. bestehend zeigten, obgleich ich wusste, dass frühere Untersucher vergebens versucht hatten, Leptothrix zu cultiviren, ein Begriff, welcher, in Parenthese bemerkt, sicher nicht über einen einzelnen, selbständigen Microb deckt, sondern eher ein Sammelname für verschiedene kettenartige Stabbacterien, die in der Mundhöhle vorkommen, ist.

Meine Culturversuche machte ich auf folgende Weise: Mit sterilisirtem, scharfen Löffel wurden die Tonsilmassen entfernt und in sterilem Wasser aufgeschlemmt, darin umgeschüttelt, und hiervon wurde das Aussäen in der Agar-Gelatine vorgenommen. Bei 37° entwickelten sich zahlreiche Culturen, wovon ganz einzelne ein fädiges, flockenartiges Aussehen hatten, und unter dem Microscope sich als aus einer stabförmigen Bacterie, die in lange zusammenhängende Faden auswuchs, bestehend zeigten. Sie wurde nun auf Agargelatine reincultivirt, und ihr Entwickelungsverhältniss wurde noch weiter in Peptongelatine, Glycerin, Agar, alkalischem und saurem Fleischextract und auf Kartoffeln versucht. Sie wächst Anfangs in langen, gegliederten Fäden, welche Sporen (Endosporen) setzen. Von Agargelatine auf alkalischer Bouillon bei 37° cultivirt, entwickelt sich im Laufe von 24 Stunden eine ausserordentlich reichliche, flockige oder Baumwolle ähnliche Cultur, die sowohl macro- wie microscopisch an Milzbrand erinnerte. Sie wächst am schnellsten bei 37°; bei gewöhnlicher Stubenwärme (15°) wächst sie nur langsam. Sie wächst sowohl in alkalischer, als in saurer Bouillon, aber etwas schneller in der ersteren. Oberflächeculturen auf Agargelatine haben ein weisslich opaques, porzellanartiges Aussehen und einen starken Glanz, der an Stearin erinnert. Stichimpfungen auf Agargelatine gaben reichliche Culturen auf der Oberfläche und ziemlich reichliche Cultur längs dem Stichcanale, doch so, dass die Cultur in den tieferen Abschnitten des Kanals an Kraft abnimmt. Stichculturen in Peptongelatine entwickeln sich bei Stubenwärme langsam mit knopfförmigen, convex, porzellanartig glänzenden Oberflächeculturen, welche die Gelatine nicht schmelzen. Ich habe eine Gelatinencultur ein Jahr aufbewahrt, ohne dass die Gelatine geschmolzen. Auf Kartoffeln wächst sie recht gut bei

[1]) Jacobson, Volkm. kl. Vortr. No. 317, 1888.
[2]) B. Fränkel, Berl. kl. Wochenschr. 1873, pag. 94.

Digitized by Google

37°, hat aber bei Stubenwärme, mit Milzbrand verglichen, eine sehr langsame Entwickelung.

In anatomischer Beziehung wird bemerkt, dass sie in Bouillon in lange, gegliederte Fäden auswächst, dessen einzelne Glieder eine Länge von 1—3 μ haben, die Dicke ist 1 μ. In ein paar Tage alten Culturen fallen die Glieder auseinander und die einzelnen Stäbchen enthalten glänzende Sporen. In 18 Tage alten Bouilloncultureu variirt die Länge der Stäbchen von 2—7 μ, und können ähnliche sonderbare Formen aufweisen, wie die Milzbrandstäbchen, die an einem Ende kolbenförmig aufgeschwollen, am andern zugespitzt sein können u. s. w. Die Stäbchen werden leicht in Anilinfarben und nach der Gram'schen Methode gefärbt.

Die Bacterie ist ausserordentlich pathogen und tödtet constant Mäuse und Kaninchen, Ratten weniger constant; Hühner und Tauben dagegen scheinen refractär zu sein. Frische alkalische Bouilloncultur, unter die Haut eingespritzt, tödtet weisse Mäuse im Laufe von vierundzwanzig Stunden. Der pathologisch-anatomische Befund ist ein bedeutendes subcutanes Oedem in der Umgebung der Impfstelle, Leber und Milz sind vergrössert, mit Blut überfüllt und schlaff, die Därme von Luft aufgebläht; im Milzpulpablut, Leber, Nieren und Lunge finden sich zahlreiche Stäbchen, deren Menge, besonders in den Lungen- und Lebercapillaren, so bedeutend ist, dass die Capillaren ganz von denselben injicirt sind. Impfungen mit dem Herzblut einer inficirten Maus tödten andere Mäuse eben so schnell, wie frische Bouilloncultureu, und ebenso erhält man schöne Reinculturen der Bacille, indem man Bouillon mit dem Herzblute impft und in einem Thermostat bei 37° hinstellt. — Die Virulenz scheint nicht durch Umimpfung auf Bouillon oder Durchgang durch mehrere Mäuse verändert zu werden. Sporenhaltige Agargelatine- und Bouilloncultureu können mehrere Monate in gewöhnlicher Stubentemperatur aufbewahrt werden, ohne sonderlich an Virulenz zu verlieren, doch wird diese nach zu langem Hinstehen geschwächt, und eine weisse Maus, die mit einer 6 Monate alten Bouilloncultur geimpft wurde, starb erst nach dem Verlaufe von 7 Tagen. Durch Impfung mit dem Herzblute dieser Maus wurde eine frische Bouilloncultur gemacht, welche eine Maus im Laufe von 2 Tagen tödtete. Im Vergleich mit dem Sectionsfunde bei den stark virulenten Culturen findet man bei denjenigen Thieren, welche durch schwächere Culturen getödtet sind, dass das subcutane Oedem viel mehr ausgebreitet ist.

Die Wirkung bei den weissen Ratten ist viel mehr inconstant. Eine weisse Ratte, mit einer 15 Tage alten Bouilloncultur geimpft, starb nach 3 Tagen und hatte starkes Oedem der Impfstelle, aber weder im Blut, noch in den Organen konnten deutliche Stäbchen nachgewiesen werden, und Culturversuche mit Herzblut und Impfödem auf Agar und Bouillon gaben auch kein positives Resultat. Wurde danach eine weisse Maus mit derselben 15 Tage alten Bouilloncultur geimpft, starb sie nach 24 Stunden, und wurde darnach ein Stück ihrer Lunge der Ratte eingeimpft, starb diese 4 Tage danach, und von ihrem Herzblute konnte man alsdann in alkalischer Bouillon typische Reinculturen des Bacillus erhalten. Wenn die Culturen über ein halbes Jahr alt waren, konnten die Ratten ihnen widerstehen, und dasselbe war der Fall, selbst wenn die Culturen eine Maus passirt hatten.

Digitized by Google

Eintrocknen des Bacillus schwächt nicht seine Virulenz,im Gegentheil, getrocknete Seidenfäden, die mit sporenhaltigen Culturen gesättigt sind und unter die Haut einer Maus eingeführt, tödten diese sehr schnell (in weniger als 20 Stunden).

Kaninchen werden von Bouilloncculturen in 3 Tagen getödtet.

Hühner und Tauben scheinen refractär zu sein. Ich habe indessen nur Versuche mit einem Huhne und einer Taube gemacht, unter deren Haut eine reichliche Menge stark virulenter Bouilloncultur eingespritzt wurde, aber beide Thiere überlebten den Versuch.

Die Kartoffelculturen weisen auch einen Unterschied auf, denn während dieser Bacillus bei 22° auf Kartoffeln sehr langsam wächst, wächst der Milzbrandbacillus sehr schnell und zeigt schon nach einigen Tagen eine reichliche, dicke, mehlartige Cultur von weisslicher Farbe.

Wegen der bedeutenden Aehnlichkeit zwischen den beiden Bacillen erlaube ich mir vorzuschlagen, dass der vorliegende Bacillus: Bacillus anthracoides buccalis genannt wird.

14 Tage, nachdem ich durch Aussäung von Tonsillmassen in Azurgelatine den Bacill isolirt hatte, versuchte ich ein paar Mal direct von den Tonsilmassen zu impfen, indem ich diese unter die Haut einer Maus einführte, aber erreichte keine Reincultur der Bacillen, indem die Mäuse wohl nach ca. 4 Tagen mit septicämischen Anzeichen starben, aber ohne Oedem der Impfstelle und ohne dass Stäbchen im Blute und in den Organen vorhanden waren.

Wie man sehen wird, ist dieser Bacillus sowohl in der Art seines Wachsthums, wie in Aussehen und Virulenz dem Milzbrandbacillus sehr ähnlich. Er tödtet, wie der Milzbrandbacillus, mit grosser Sicherheit Mäuse und Kaninchen, wogegen die Wirkung auf Ratten für beide Bacillen gleich inconstant ist[1]). Was seinen Einfluss auf Tauben betrifft, hat Lubarsch[2]) in Betreff des Milzbrandes gezeigt, dass Tauben ohne Ausnahme sterben, wenn die Dosis nur gross genug ist. Im Zusammenhange hiermit bemerke man, dass eine frische, stark virulente Bouilloncultur des vorliegenden Bacillus, in reichlicher Menge unter die Haut einer Taube eingespritzt, nicht im Stande war, dieselbe zu tödten. Ein anderer, und mehr auffälliger Unterschied zwischen den beiden Bacillen liegt in der Art, wie sie auf Gelatine wachsen, denn während der Milzbrandbacillus die Gelatine schmilzt, wächst der vorliegende Bacillus Monate lang auf der Gelatine, ohne sie zu schmelzen.

Ich betrachte das Erscheinen dieses Bacillus bei meiner Patientin als ganz zufällig, und es hat nichts Besonderes mit der Tonsillarmycose, woran sie litt, zu thun, um so mehr, als ich in einem andern, ganz ähnlichen Falle, den ich am 22. Juni 1890 behandelte, vergebens versuchte, durch Culturen denselben Bacillus herzustellen; ich erhielt nur Culturen, die aus kettenbildenden Coccen bestanden.

---

[1]) Siehe Macé: Traité practique de bacteriologie. Paris 1889. Pag. 394 u. flgd., und Metchnikoff. Le charbon des rats blancs. Annal. de l'Inst. Pasteur 1890. Pag. 193 u. flgd.

[2]) Lubarsch, siehe Metchnikoff: Annal. de l'Inst. Pasteur, 1890. Pag. 210.

Digitized by Google

Ich habe vergebens in Rasmussen's[1]), Vignal's[2]), Biondi's[3]) und Miller's[4]) Arbeiten über die Bacterien der Mundhöhle nach analogen Formen gesucht und benutze deshalb die Gelegenheit, diese Versuche heute Abend hier vorzulegen, wie ich Sie, meine Herren, auch schliesslich auf einige vorgelegte Präparate aufmerksam mache, welche theils Reinculturen vorstellen, theils Schnitte durch Organe von Thieren, welche von Bacillus anthracoides buccalis getödtet sind.

Pathologisch-Anatomisches über Rhinitis acuta speciell Influenza-Rhinitis.

Von

Dr. **Hermann Suchannek**, Privatdocent in Zürich.

So häufig die acute Entzündung der Nasenschleimhaut in ihrer gewöhnlichsten Form, der gemeinen Coryza, zur Beobachtung gelangt, so spärlich sind bis jetzt die microscopischen Befunde eingelaufen, beschränken sie sich doch fast nur auf die Beschaffenheit der beim Schnupfen entleerten Secrete. Um zur Ausfüllung dieser Lücke wenigstens Einiges beizutragen, untersuchte ich die Nasenhöhlen einer Anzahl hier zur Section gelangender jugendlicher und erwachsener Individuen. Das Material umfasst Fälle von Coryza morbillosa, Rhinitis acuta, wie sie eine gleichzeitig bestehende Pharyngo-Laryngitis crouposa oder diphtheritica begleiten, und endlich einen typischen Fall von Influenza-Rhinitis[5]).

Macroscopisch erscheint bei allen diesen Individuen die Nasenschleimhaut mehr minder diffus geröthet und das Pigment der Reg. olf. in Folge dessen verdeckt. — In frischen Fällen kann diese carmoisinrothe Färbung bei trockener Beschaffenheit der Oberfläche das einzige Symptom sein, und eine Anschwellung, die zugleich mit seröser Durchfeuchtung Hand in Hand geht, tritt erst in einem, der Hyperämie freilich sich relativ schnell anschliessenden vorgeschritteneren Krankheitsstadium auf. Allerdings ist diese Intumescenz in der Reg. olf. viel weniger auffallend, weil hier die Schleimhaut — und zwar vorzüglich durch die eingescheideten Olfactoriusfasern (namentlich im Bereich des Nasendachs, der oberen Muschel und, wenn auch in geringerem Grade, am Septum) straff an die knöcherne Unterlage fixirt ist, während sich die Weichtheile an der unteren und mittleren Muschel viel leichter ablösen lassen[6]).

---

[1]) A. Fr. Rasmussen: Om Dyrkning af Microorganismer fra Spyt af sunde Mennesker. Kjöbenhavn 1883.

[2]) Vignal: Recherches sur les microorganismes de la bouche. Archives de physiologie 1886.

[3]) Biondi: Die pathogenen Microorganismen des Speichels. Zeitschr. f. Hyg., II. Band, 1887, pag. 194.

[4]) Miller: Die Microorganismen der Mundhöhle. Leipzig 1889.

[5]) 32jähr. Mann, Hufschmied, im hies. Cantonspital (Prof. Eichhorst) behandelt und an Bronchopneumonie verstorben.

[6]) Herzfeld hat bereits (Arch. f. microscop. Anat.) auf die leichtere Ablösbarkeit der unteren Muschelschleimhaut aufmerksam gemacht. Ich habe mich gleichfalls von diesem Factum schon seit 2 Jahren überzeugt.

Digitized by Google

Trotzdem ist die ödematöse Durchtränkung auch der Reg. olf. an gelungenen Schnittpräparaten unverkennbar. — An der mittleren, mehr noch an der unteren Muschel ist die luftkissenartige Schwellung schon macroscopisch deutlich, ein Ausdruck der gleichzeitig bestehenden Erschlaffung der Gefässwände in dem stark gefüllten Kohlrausch'schen Venenplexus. — Das je nach den verschiedenen Krankheitsstadien quantitativ und qualitativ verschiedene Secret enthält ausser abgestossenen Flimmer- und Cylinderzellen auch zahlreiche Mucigen oder Mucin einschliessende Becherzellen, ferner Uebergangs- und Plattenepithelien [1]), rothe Blutkörperchen und Eiterkörperchen verschiedenster Formen, Schleim, Serum und eine Unmasse Bacterien [2]).

Die frische Untersuchung kleiner, mittelst der gebogenen Scheere von verschiedenen Stellen der Mucosa entnommener Stücke (theils Zerzupfung in 0,6procentiger Cl Na-Lösung, theils Gefrierschnitte) ergab starke Hyperämie des Gewebes, Infiltration mit Albuminserum, Erweiterung der Drüsenausführungsgänge und Abstossung des theilweise verschleimten Oberflächenepithels. — Nur in einem besonders heftig aufgetretenen Falle (Influenza) war eine noch weiter zu besprechende Anomalie der Drüsenzellen bemerkbar. — Die zur Controle einer zuverlässigen Härtungsmethode [3]) unterworfenen, ca. 1 Ctm. grossen Schleimhautstücke wurden dem bereits vollkommen in toto gehärteten Siebbein und den unteren Muscheln entnommen (cf. meine Methode im Arch. f. wissensch. Microscop. Bd. XXXVI, pag. 325 ff.). Auch vom Nasenhöhlenboden und den verschiedenen Theilen des Septum wurden Stücke — sämmtlich genau registrirt, eingelegt. Im Ganzen waren es jedes Mal 10—12 verschiedene Stellen, die zur Untersuchung gelangten. — Die Einschmelzung fand in Celloidin oder Paraffin statt. Die zeitraubenden Proceduren der Untersuchung werden es sonach erklärlich erscheinen lassen, dass ich erst ein volles Jahr nach Beginn dieser Arbeit zu einem Abschluss gelangt bin.

Das Resultat war nun folgendes:

In denjenigen Fällen, in denen macroscopisch nur eine Hyperämie ohne Schwellung vorlag, erwies sich auch microscopisch das Gewebe bis auf das strotzend gefüllte Gefässsystem nicht wesentlich verändert. Vielleicht dürfte man hier und da die Leucocytenemigration durch's Epithel als nicht mehr der Norm entsprechend ansehen, auch konnten die stellenweise erweiterten und mit Mucin oder Mucigen gefüllten Drüsenausfüh-

---

[1]) Die Uebergangs- und Plattenzellen stammen nicht nur vom Nasenboden resp. dem Introitus narium her, sondern auch von verschiedenen Stellen der Reg. respir., ja selbst des Reg. olf., denn überall kommen gelegentlich unter dem Einfluss äusserer Reize (gewerblicher Einflüsse) und chronischer Catarrhe inselförmige Epithelmetaplasien vor.

[2]) Die Schleimhaut der Nebenhöhlen, speciell der Kieferhöhle, erschien bald unverändert, bald hyperämisch in dem Fall von Infl.-Rhinitis oedematös.

[3]) Als eine solche hat sich mir diejenige mittelst 6—7procentiger warmer Sublimatlösung am meisten bewährt. Nach ½—3stündigem Aufenthalt daselbst gelangen die Präparate in Alcohol von steigender Concentration, bis ein Zusatz einiger Tropfen Jodtinctur zur Flüssigkeit sich innerhalb 24—48 Stunden nicht mehr entfärbt. Diese Methode ist kostspielig, zeitraubend und umständlich, hat mir aber bisher von allen anderen die besten Resultate gegeben.

Digitized by Google

rungsgänge den Untersucher veranlassen, die betreffenden Stellen als bereits krankhaft veränderte anzusehen — es stehen indess gerade diese Erscheinungen und neben ihnen die in kleinen circumscripten Herden auftretende Umwandlung des Oberflächen- und Drüsenepithels in Serum (resp. Mucigen) oder Mucin enthaltende Becherzellen so sehr auf der Grenze dessen, was man noch physiologisch nennen muss, dass man derartigen, mehr sporadisch auftretenden Anomalien keine grosse Bedeutung beizumessen braucht[1]).

War bereits macroscopisch neben der Hyperämie eine Intumescenz an der Schleimhaut bemerkbar, so erschienen auch microscopisch die Maschen des adenoiden Netzes ausgedehnt und mit serösem Secret gefüllt. Zugleich zeigte das Oberflächenepithel Neigung zur Desquamation. — Die microscopische Ausbeute war nach alledem nicht gerade gross zu nennen. Interessanter gestaltete sie sich für den Fall von Influenza. Die Leiche des 32jähr. Mannes, der an Bronchopneumonie zu Grunde gegangen war, hatte sich bei der herrschenden Januarkälte (1890) vortrefflich conservirt. Die gesammte Mucosa narium war hochroth, geschwollen und mit schleimig-eitrigem Secret bedeckt. Die frische Untersuchung ergab sehr starke Füllung sämmtlicher Gefässräume, Austritt von Blut in die Tunic. propria und durch's Epithel, Oedem des adenoiden Lagers, Abstossung und Verschleimung des Oberflächenepithels in sehr ausgedehntem Grade und albuminöse, z. Th. fettige Degeneration der Drüsenepithelien. Auch schienen die letzteren vielfach in ihrer Form verändert zu sein und sich in lebhafter Desquamation zu befinden.

Da mir indess die in nicht so grosser Anzahl angelegten frischen Präparate von nicht hinreichender Beweiskraft zu sein schienen, so habe ich noch eine grosse Menge (meist Serien) Celloidin- und Paraffinpräparate hergestellt. Hierbei ergab es sich, dass ich zwischen acuten und chronischen Veränderungen strenge zu unterscheiden hatte, ein Ereigniss, auf das man übrigens bei allen ähnlichen Eventualitäten gefasst sein muss, sind doch die wenigsten civilisirten Menschen mit einer normalen Nasenschleimhaut ausgestattet. Auf der Basis chronisch entzündlicher oder irritativer Vorgänge beruhte die Bildung von bindegewebigen Strängen in der Pars respiratoria an der unteren und mittleren Muschel, am Nasenboden und Septum, durch die stellenweise sowohl die Drüsen, als das adenoide Gewebe verdrängt waren, ferner die Metaplasie des normaliter vorhandenen Flimmerepithels in Cylinder-, Uebergangs- und Plattenepithel. Als acute Vorgänge aber musste ich die Hyperämie und das Oedem bezeichnen. Nicht nur die Schwellkörper waren prall gefüllt

[1]) Entscheidend ist überhaupt bei Urtheilen über diffuse Affectionen der Nasenschleimhaut nie eine Untersuchung, bei der 2—3 Stellen der Reg. resp. olf. auf einigen Schnitten untersucht werden. Der Nasenschleimhaut ist die inselförmige Verbreitung pathologischer Veränderungen (Epithelmetaplasien, Veränderungen der Tunica propr.) in ganz exquisitem Falle eigen, wobei die macroscopisch sichtbaren Veränderungen keineswegs immer mit den microscopischen übereinstimmen. Diese namentlich für die richtige Würdigung chronischer Rhinitiden und der Ozaena wichtigen Momente erheischen die minutiöseste Untersuchung einer grösseren Anzahl verschiedenen Stellen der Nasenhöhle entnommener Stückchen, und zwar mittelst der Celloidin- resp. noch besser mittelst der Paraffinmethode (Serienschnitte!).

Digitized by Google

— auch sämmtliche Capillaren waren, stellenweise das Epithel der Mucosa vorbuchtend, ausgedehnt und mit rothen Blutkörperchen vollgepfropft. In den grösseren Bluträumen der unteren Muschel und Venen der Reg. olf. waren vielfach grössere Conglomerate von Blutplättchen deutlich nachweisbar[1]). Mit der Weigert'schen Fibrinmethode wurde ein relativ hoher Faserstoffgehalt des Blutes constatirt. — Die Folge der vasculären Hyperämie waren Zerreissungen der Capillaren und Blutextravasate, die sich durch zweckmässige Doppelfärbung (Hämatoxylin mit Eosin, Orange oder Kongo combinirt) ganz vortrefflich und distinct markirten; aber auch per diapedesin sah man sowohl an der unteren Muschel, als in der Reg. olf. rothe Blutkörperchen durch's Oberflächenepithel hindurchschlüpfen. Auch die Leucocytenemigration durch's Epithel war eine regere. — Das Oedem der Tunica propria, die Durchtränkung der Gewebsmassen mit einem eiweisshaltigen Secret wurde als solche durch die positive Reaction auf saure Anilinfarbstoffe und das Ausbleiben der für Schleimbildung zutreffenden Färbung mit Delafield's Hämatoxylin und dem von Hoyer empfohlenen Anilinfarbstoff Thionin characterisirt; sie gestattete ausserdem eine sehr gute Differenzirung der einzelnen Bestandtheile des adenoiden Gewebes, der fixen Bindegewebszellen und eingestreuten Leucocyten. — Bemerkt muss werden, dass auch das Oedem keineswegs gleichmässig an allen untersuchten Stellen sichtbar war, dass es vielmehr inselförmig auftrat und an einzelnen Parthien ganz fehlte, an anderen durch starke Proliferation des lymphoiden Lagers verdeckt wurde.

An den Verzweigungen des Trigeminus und Olfactorius war nichts besonders Abweichendes wahrnehmbar, nur schienen mir hier und da die die Olfactoriusfasern umgebenden Lymphräume dilatirt zu sein. — Das Oberflächenepithel war vielfach in Abstossung und Verschleimung begriffen. Der gleiche Process traf für eine Anzahl von Drüsen zu — nur dass hier die Desquamation die Verschleimung übertraf. Uebereinstimmend zeigten sowohl Celloidin- als Paraffinpräparate die lebhafte Ablösung der Drüsenzellen und die an vielen Stellen offenbar eingetretene Regeneration. Allerdings wird man in allen solchen, nicht unmittelbar p. mortem zur Section kommenden Fällen den Nachweis der Kerntheilungsfiguren schmerzlich vermissen, indess, wir dürfen doch nicht vergessen, dass wir nicht allein auf dies Beweismittel für regenerative Vorgänge angewiesen sind und dass man schon vor Flemming's bahnbrechenden Arbeiten von sicher regenerirtem Epithel, Bindegewebe, Gefässen und Nerven reden durfte. — Bei dieser für acute Influenzarhinitis so characteristischen Desquamation des Drüsenepithels möchte ich noch auf einen wichtigen Punkt hinweisen. Es war mir schon lange an Paraffinpräparaten aufgefallen, dass die Drüsenepithelien in Folge der

[1]) Herr Prof. Klebs, der dazumal der Aetiologie der Influenza besondere Aufmerksamkeit zuwendete, ersuchte mich um Durchsicht meiner Präparate und sah in diesen Blutplättchenconglomeraten den Ausdruck thrombotischer Vorgänge. Ich habe keine Veranlassung, die Berechtigung dieser Anschauung kritisch zu verfolgen, halte mich aber im Interesse der Wahrheit für verpflichtet, mitzutheilen, dass ich mit Hilfe der Sublimatfixation auch bei einer Reihe von anderen Individuen, deren Todesursache äusserst verschieden war, dieselben Bilder erhielt, und dass ich diese Blutplättchensammlungen selbst in den Gefässen der Nasenschleimhaut gesunder Thiere nicht vermisste.

Digitized by Google

bei dieser Methode nun einmal trotz aller Vorsichtsmaassregeln nicht zu vermeidenden Schrumpfungsprocesse sich gern an ihrer Basis abheben. — Dieses Abheben findet aber immer in continuo an einer mehr oder minder ausgedehnten Stelle, selten in der ganzen Circumferenz des Drüsentubulus statt, und zwar so, dass die Epithelien mit ihren Seitenflächen bei einander bleiben, auch ihre Form nicht verändern. Im vorliegenden Falle trennten sich die normaliter cylindrischen oder kleinkubischen Epithelien von einander, veränderten ihre Form, wurden mehr rundlich und füllten in diesem Zustand das Lumen der Drüsen aus. An vielen Stellen war das Drüsenlumen mit Zellen noch vollgepfropft, während sich die Drüsenwand schon wieder mit einem Kranz neuer, wohlgebildeter Epithelien besetzt zeigte, anderswo waren die Drüsentubuli von normalen nicht mehr zu unterscheiden und jede Desquamation fehlte (regenerirte oder intact gebliebene Tubuli). Die Regeneration der Drüsenzellen bei acuter Rhinitis scheint somit in derselben Schnelligkeit zu erfolgen, wie wir das in der Niere bei Scarlatinanephritis zu sehen gewöhnt sind. — In der Reg. olf. waren die Drüsenveränderungen intensiver ausgeprägt, was mit Hinblick auf die oben berührte Differenz im anatomischen Bau gegenüber der Reg. respirat. nicht auffallen darf. — Die Reg. olf. wird durch acut auf sie einstürmende Circulationsstörungen und gewebliche Veränderungen momentan schwerer zu leiden haben, weil sie nicht durch vicariirende Ausdehnung des auf der knöchernen Unterlage lockerer befestigten Gewebes, wie wir es an der unteren Muschel antreffen, sich den genannten Störungen in gewissem Grade adaptiren kann.

Fall von Pharyngitis fibrinosa chronica*)

(mit 2jähriger Dauer).

Von

Dr. **A. Onodi**, Docent in Budapest.

Ein Mediciner F. T., 30 Jahre alt, hat gegen Ende des Jahres 1888 beobachtet, dass er Pseudomembranen ausspuckt, und bei dieser Gelegenheit hatte er Schluckbeschwerden und hinter dem weichen Gaumen verspürte er ausstrahlende Schmerzen. Seither beobachtete er an der hinteren Wand des Pharynx in Zwischenräumen von 3 Tagen und einer Woche die Entwickelung und Abstossung dieser Pseudomembranen. Oefters blieb die hintere sichtbare Pharynxwand volle 3 Wochen ganz frei, aber in derselben Zeit hatte er gegen das Ohr strahlende Schmerzen, aus denen er selbst richtig folgerte, dass sich der Process auf den Nasopharyngealraum fortsetzte.

Unter meiner Beobachtung steht er seit Anfang dieses Jahres. Im Januar war ein grosser Theil der sichtbaren hinteren Pharynxwand mit einer Pseudomembran bedeckt, während der Untersuchung hatte sich die Membran abgelöst, knapp nach der Ablösung war schon die ganze Stelle

*) Vorgetragen in der laryngol. Section des internat. med. Congresses zu Berlin 1890.

Digitized by Google

weissgraulich wie angehaucht und die Schleimhaut hatte mit rothen verdickten Rändern die sich entwickelnde Membran begrenzt. Es sind einige Membranen abgestossen worden und dann hat die Schleimhaut ihr normales Aussehen bekommen, welches monatelang ungestört blieb. Im Monate Februar hat sich der Process im Nasopharyngealraum stark entwickelt mit einer dauernden Hartnäckigkeit, so dass derselbe noch jetzt zu constatiren ist. Die Pseudomembranen haben sich bald rechts, bald linkerseits entwickelt, bald war die ganze hintere Wand angegriffen, öfters die eine oder alle beide Tuben. Bei diesem Zustande hatte er stets grosse ausstrahlende Schmerzen im Ohr, Kopfschmerzen und Gemüthsdepression, seltener haben sich Nasenblutungen eingestellt. Die Nase selbst war aber von diesem Process befreit. Ende Februar haben sich Membranen auch im unteren Theile des Pharynx gebildet und im März waren an der hinteren Fläche der Epiglottis auch Membranen zu sehen. Die letzteren Membranenentwickelungen waren von kürzerer Dauer und wurde öfters nur der untere Theil der hinteren Pharynxwand angegriffen.

Der Process im Nasopharyngealraum besteht noch jetzt; Anfangs Juli und im August waren abermals Pseudomembranen an der sichtbaren Pharynxwand zu constatiren.

Die ausgestossenen Membranen wurden microscopisch von Herrn Prof. Pertik untersucht und von ihm der croupöse Character derselben festgestellt. Mit der Weigert'schen Methode sind die Fibrinnetze nachgewiesen worden, mit der Gramm'schen Methode wurden einige Micrococcen gefunden. Das microscopische Präparat zeigte Folgendes:

1) Flaches Epithel, die Kerne der Zellen sind gut zu erkennen, aber sind nicht intensiver gefärbt, als die Zellenkörper.
2) Die tiefere jüngere Schicht des Epithels.
3) Rundzellenschicht mit feinem Fibrinnetz.
4) Mit der Fläche parallel laufende dicke Fibrinbalken.
5) Detritusschicht, Kerne, Fibrinnetz.

Von den verschiedenen therapeutischen Eingriffen haben sich in mancher Beziehung als gut erwiesen die Insufflationen mit Zincum schozojodolicum und Morphium.

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Bericht über die an der k. k. Wiener Universitäts-Klinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Josef Gruber im Jahre 1889 ambulatorisch behandelten Kranken. (Fortsetzung.)

Otitis media acuta.

Die catarrhalische Form der Mittelohrentzündung kam in diesem Jahre 371 Mal, die eitrige Form 310 Mal zur Beobachtung. Die hervorragendste ätiologische Ursache für diese Erkrankungsformen gab die

*) Bei Gelegenheit der Correctur habe ich zu bemerken, dass der erwähnte Process bisher noch nicht gewichen ist.

Digitized by Google

Influenza-Epidemie ab, welche in Wien um die Mitte des December auftrat und schon in den letzten Wochen dieses Monats eine überaus grosse Anzahl von Otitiden erzeugte. Die Erscheinungen, unter welchen die durch die Influenza erzeugten Mittelohrentzündungen verliefen, und die Complicationen, mit denen sie einhergingen, waren auffallend verschieden von denen der gewöhnlichen Formen.

Auf Grund unserer Kenntnisse über Influenza überhaupt mussten die Ohrenärzte die Ueberzeugung haben, dass während einer Influenza-Epidemie Erkrankungen des Gehörorganes häufiger auftreten, und da nach den früheren Ueberlieferungen über derartige Epidemien catarrhalische Affectionen in der Schleimhaut des Respirationstractes die hauptsächlichste krankhafte Veränderung bei der Influenza ausmachten, musste man annehmen, dass auch im Hörorgane, falls es von der Influenza afficirt ist, der Catarrh des Mittelohres auftrete.

In Wirklichkeit gestaltete sich jedoch die Sache anders. Wohl kamen schon bald nach dem Erscheinen der letzten Epidemie Mittelohrcatarrhe etwas häufiger als vor derselben zur Beobachtung, aber je weiter wir in der Zeit der herrschenden Krankheit vorrückten, desto auffälliger häuften sich die Fälle von eitriger Entzündung des Mittelohres und schon in der dritten Woche des December hatte ich die Ueberzeugung, der ich in meinen klinischen Vorträgen Ausdruck verlieh, dass die diesjährige Influenza keineswegs so harmlos sei, als man sie früher und auch noch zu Anfang der jetzigen Epidemie schilderte.

Um eine klare Anschauung über die Häufigkeit der Erkrankungen im Hörorgane, sowie über deren Character während der letzten Influenza-Epidemie zu bieten, habe ich eine Tabelle angefertigt, welche eine Statistik jener mit Mittelohrentzündung behafteter Kranker enthält, welche in den Jahren 1887, 1888 und 1889, und zwar in den Monaten November und December, also in den Monaten, in denen die Epidemie herrschte, an meiner Klinik in Behandlung kamen. Diesem Ausweise nach suchten im November 1887 261 Ohrenkranke an der Klinik Hilfe, von denen 15 (12 M., 3 W.) mit catarrhalischer und 16 (14 M., 2 W.) mit eitriger Mittelohrentzündung behaftet waren. Im November 1888 kamen 301 Kranke, von denen 18 (16 M., 2 W.) an catarrhalischer und 34 (18 M., 16 W.) an eitriger Mittelohrentzündung litten. Im November 1889 suchten 292 Kranke in der Klinik Hilfe und von diesen waren 56 (22 M., 34 W.) mit catarrhalischer und 27 (8 M., 19 W.) mit eitriger Entzündung behaftet.

Im Monate December 1887 litten von den 252 Hilfesuchenden 20 (12 M., 8 W.) an catarrhalischer und 10 (7 M., 3 W.) an eitriger Entzündung. Im selben Monate des Jahres 1888 kamen 323 Kranke, davon 32 (27 M., 5 W.) mit catarrhalischer und 36 (26 M., 10 W.) mit eitriger Entzündung. Im December 1889 litten von den 333 an der Klinik erschienenen Ohrenkranken 115 (44 M., 71 W.) an catarrhalischer und 103 (45 M., 58 W.) an eitriger Mittelohrentzündung.

Im Monate Januar 1887 von 264 Kranken 17 (13 M., 4 W.) mit catarrhalischer und 18 (10 M., 8 W.) mit eitriger Entzündung. Im selben Monate 1888 von 261 Kranken 6 (5 M., 1 W.) mit catarrhalischer und 17 (13 M., 4 W.) mit eitriger Entzündung. Im Januar 1889 367 Kranke, davon 59 mit catarrhalischer und 59 mit eitriger Entzündung,

Digitized by Google

und im Januar 1890 von 324 Kranken 138 (51 M., 87 W.) mit catarrhalischer und 186 (69 M., 117 W.) mit eitriger Mittelohrentzündung.

Beiderseitige eitrige Mittelohrentzündung kam im Januar 1887 kein einziges Mal vor, im Januar 1888 3 Mal (3 M.), im Januar 1889 6 Mal (3 M., 3 W.) und im Januar 1890 14 Mal (10 M., 4 W.).

Die eitrigen Entzündungen waren immer fieberhaft, meist mit schweren subjectiven und objectiven Erscheinungen einhergehend, oft mit äusserst stürmischem Verlaufe. Im Vordergrunde standen lange anhaltende, die eingetretene Otorrhoe noch lange überdauernde Schmerzen, welche von den Kranken häufig nicht blos im Ohr und in der entsprechenden Kopfhälfte, sondern auch im Halse und im Nacken, in einzelnen Fällen sogar in der gleichseitigen oberen Extremität verspürt werden.

Unter den objectiven Erscheinungen war die nicht blos im Beginne der Krankheit, sondern auch noch nach Durchbruch des Trommelfells oder nach Paracentese desselben länger anhaltende, hochgradige Hyperämie, welche nicht blos in der Schleimhaut des Mittelohres, sondern auch im Trommelfelle, in den Gebilden des äusseren Gehörganges und in den Gebilden um das Ohr bestand, im höchsten Grade auffällig, wie dies auch von sämmtlichen Autoren, welche über diesen Gegenstand berichten, betont wird. Am Trommelfell selbst kam es in Folge dieser hochgradigen Hyperämie ungewöhnlich häufig zur Bildung von Blasen mit blutigem Inhalt, oder zur diffusen Hämorrhagie in seiner Substanz. Solche Blutextravasate fanden sich mitunter auch im äusseren Gehörgange. Diese hochgradige Hyperämie der Gebilde machte sich in vielen Fällen auch dadurch geltend, dass selbst nach Paracentese des Trommelfelles, sowie nach einem durch den Process selbst erfolgten Durchbruch desselben das ausfliessende Secret durch mehrere Tage hindurch noch fast wie reines Blut erschien (hämorrhagische Entzündung). Dieser Hyperämie und der durch sie bedingten Schwellung sind nach meiner Ansicht auch zumeist die mehr oder weniger heftigen, lange anhaltenden Schmerzen in den betreffenden Theilen zuzuschreiben. Uebrigens traf es sich oft, dass schon kurz nach Beginn der Erkrankung die Knochensubstanz des Warzentheiles sich entzündete, und auch, dass so häufig Periostitis in der Warzengegend auftrat. Die Otitis und Periostitis führten in vielen Fällen rasch zur Abscessbildung im Knochen selbst und in den Weichgebilden der Warzenfortsatzgegend. Welch' stürmischen Verlauf und welche schweren Erscheinungen in vielen Fällen die Krankheit nahm, beweist am besten der Umstand, dass trotz der sorgfältigsten localen und allgemeinen Behandlung bei 6 Kranken, welche früher nie ein Ohrenleiden hatten und die ihr jetziges Ohrenleiden mit der bereits überstandenen oder noch bestehenden Influenza in Verbindung brachten, die künstliche Eröffnung des Warzenfortsatzes vorgenommen werden musste, wobei sich derselbe nach Entfernung der Corticalis von zahlreichen Höhlen durchsetzt zeigte, die mit Eiter und Granulationsmassen erfüllt waren. — Auch diese Kranken, sowie sämmtliche anderen mit Otitis media suppurativa in Behandlung stehenden wurden geheilt, so dass wir auch nicht einen einzigen Patienten während der Influenza an der in Rede stehenden Erkrankung des Mittelohrs verloren; aber ungeachtet dessen muss ich die während dieser Epidemie aufgetretenen eitrigen Mittelohrentzündungen im Allgemeinen zu den schwersten zählen,

Digitized by Google

welche ich je beobachtete, und ich kann sie nur jenen an die Seite stellen, welche man bei schweren Infectionskrankheiten, hauptsächlich bei Scharlach und bei der Pneumonie, zu beobachten Gelegenheit hat. Die Frage, ob die Erkrankung des Mittelohres bei der Influenza immer als Folgezustand einer Erkrankung in den Gebilden des Nasenrachenraumes, also ex contiguo entstanden sei, muss ich nach meinen Beobachtungen entschieden verneinen. Schon der Umstand, dass gar nicht selten einer sehr leichten catarrhalischen Nasenrachen-Affection eine sehr stürmisch verlaufende eitrige Mittelohrentzündung folgte, noch mehr aber der Umstand, dass in vielen Fällen eine solche Entzündung verhältnissmässig lange nach Ablauf der Affection im Nasenrachenraum gefolgt ist, deutet darauf, dass der im Ohr sich abspielende Process kein fortgeleiteter, sondern ein primärer sein müsse.

Ueber die Entstehung der verschiedenartigen, im Ohre während der Influenza-Epidemie auftretenden Affectionen kann man sich am besten Rechenschaft geben, wenn man die Theorie von den mehrfachen Krankheitserregern während der Influenza-Epidemie in Betracht zieht, wobei ich erwähnen möchte, dass gerade die klinischen Beobachtungen am Gehörorgane, speciell am Mittelohre, nach dieser Richtung am besten zu verwerthen sind. Wenn man nämlich annimmt, dass, wie dies von den Bacteriologen dargethan wurde, bei der Influenza verschiedene Microorganismen mit je verschiedener toxischer Wirkung ihren Einfluss üben, ist es leicht möglich, dass gerade im Mittelohre, wo die Fortentwickelung der in dasselbe gelangten Keime ungleich besser statthaben kann, als in den übrigen Respirationstracten, wo ein fortwährender Luftwechsel und anderweitige Actionen, Expectoration u. s. w. das Nisten der Keime erschwert, diese ihre destructive Wirkung geltend machen können. Daher ist es erklärlich, dass so oft erst nach Ablauf der Affection im Respirationstracte die eitrige Entzündung im Mittelohr zum Ausbruche kam und ihre verheerende Wirkung übte

Was die Therapie der beschriebenen Formen anbelangt, so leisteten in den Fällen, wo blosse Hyerämie, ohne Exsudation, zu constatiren war, die Einträufelungen von Cocaïnlösungen Treffliches. Wurden Blasen am Trommelfelle oder Exsudatansammlung in der Paukenhöhle vorgefunden, so wurde die Paracentese unverzüglich ausgeführt, und wir haben es bei diesen zahlreichen Eingriffen wieder erfahren, von welch' segensreicher Wirkung die frühzeitige Paracentese des Trommelfelles ist. Die Schmerzen wichen meistens sofort, und oft hörte die Eiterung nach wenigen Tagen schon auf. In keinem dieser frühzeitig paracentesirten Fälle kam es zu Warzenfortsatzerkrankungen, die einen operativen Eingriff erheischt hätten Manchmal war es nothwendig, auch per tubam Cocaïnlösungen einzuspritzen, selten, statt der Cocaïnlösungen andere schmerzstillende Einträufelungen, wie z. B. das Carbolglycerin, in Gebrauch zu nehmen.

(Fortsetzung folgt.)

Digitized by Google

Zur Physiologie der lufthaltigen Räume des Schädels. Von Dr. Georg Sandmann, Berlin. (Deutsche med. Wochenschrift No. 17, 1890.)

Verfasser stellt einige Anschauungen über die physiologische Bedeutung der pneumatischen Räume des Schädels zusammen und unterzieht dieselben einer kritischen Beleuchtung. Eingehender werden die Nebenhöhlen der Nase beschrieben, welche als rudimentäre Organe anzusehen wären, deren eigentliche Bestimmung, die Aufnahme von Riechwülsten, bei der Rückbildung des Riechorgans geschwunden ist und bestehen nur als leere Höhlen, weil der bei der Entwickelung an Länge zunehmende Vorderschädel dadurch erleichtert wird.

Die Anschauung über die Nebenhöhlen des Ohres, wonach sie als Resonanzapparat für die Stimme, oder auch als Luftreservoir angesehen werden, damit die im Mittelohr vorkommenden Luftdruckschwankungen sich auf grössere Massen vertheilen und somit sich weniger gewaltsam äussern sollen, hält Verfasser für nicht ganz richtig, sondern glaubt, dass unser Gehörorgan von einem Mantel von Zellen deshalb umgeben ist, damit eine schädliche Wirkung der zu starken Schallwellen unserer Stimme auf die feinen Endapparate unseres Hörnerv verhindert werde. Diese Höhlen seien also als Schalldämpfer anzusehen.

Szenes.

---

b) Rhinologische:

Bericht über 1000 adenoide Vegetationen. Von Dr. Max Schaeffer, Bremen. Vorgetragen in der Section für Laryngologie und Rhinologie der 63. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Bremen den 15. September 1890. Wiener med. Wochenschrift, No. 49—51, 1890.

Im Allgemeinen fand Verfasser bei jüngeren Individuen die Rachentonsille weiter nach hinten, im Uebergange des Rachengewölbes zur hinteren Rachenwand, bei älteren Individuen hingegen mehr in der Mitte des Rachendaches oder nach den Choanen zu. Die Mehrzahl der Patienten gehörte dem schulpflichtigen Alter an und nimmt auch Verfasser eine erbliche Disposition an, da er oft ganze Familien an adenoiden Vegetationen zu operiren Gelegenheit hatte. Die Fälle vertheilen sich auf beide Geschlechter gleich (505 M., 495 W.), häufig trafen dieselben mit der Hypertrophie der Gaumenmandeln zusammen. Von den Symptomen hat Verf. in 3 Fällen Erscheinungen eines ausgeprägten Spasmus glottidis, 13 Mal nächtliche Asthma-Anfälle, in 10 Fällen Abnahme des Gedächtnisses und Schwäche desselben, 26 Mal migräneartige Anfälle, in 18 Fällen eine besondere Neigung zu Bronchitiden, 7 Mal häufiges Nasenbluten, 7 andere Male Struma, 6 Mal erysipelatöse Anschwellung des Gesichtes, in 13 Fällen ein Zurückbleiben des Sprachvermögens und in 4 Fällen ein Stottern, 9 Mal leichte Ermüdung der Stimme beim Singen resp. Heiserkeit und endlich 13 Mal choreaartige Krämpfe verzeichnet. Bei 467 Patienten war das Uebel mit einer Schwerhörigkeit einhergegangen, welch' letzterer in 105 Fällen eine Otorrhoe zu Grunde lag; 3 Mal wurden catarrhalische Symptome von Seiten des Magens beobachtet. Bezüglich der Diagnose möchte Verfasser

Digitized by Google

einen an der Wurzel breiten Nasenrücken als ein ziemlich sicheres Criterium anführen, ferner eine Wulstung der Schleimhaut des Nasenbodens der Länge nach.

Die Behandlung war in 81 Fällen eine medicamentöse oder mit Brunnen-, Bäder- und Luftkuren verbundene, in den übrigen Fällen hingegen eine operative, und rühmt hier Verfasser das Gottstein'sche Ringmesser, mit welchem die Entfernung in einer Sitzung und in einem Stücke in toto gelingt, sitzengebliebene kleinere und weichere Reste werden dann mit der Michael'schen Doppelhohlmeisselzange herausgeholt, welche auch die Blutung zu beschränken pflegt. Nur 3 Mal war ein Recidiv eingetreten, nämlich nach Masern und Scharlach.

Szenes.

Die Radicalbehandlung der Nasenpolypen. (The Treatment for the Radical Cure of Polypi of the Nose.) Von E. Harrison Griffin, New-York. (Medical Record, 28. Juni 1890.)

Gründliche Anaesthesie mittelst Cocains, möglichst sorgfältige Entfernung aller Polypen mit einer Schlinge und dann 2 Mal täglich einen Nasenspray von Hamamelis oder Alcohol (zunächst verdünnt und dann pur), etwa ein Jahr lang fortgesetzt — das sind die Directionen des Verf. für eine radicale Entfernung von Nasenpolypen. Von der Anwendung von Causticis und Adstringentien sieht er ganz ab, da diese nur eine Entzündung und schnelleres Wiederwachsen der Polypen verursachen.

W. Fr. (N.-Y.)

Ueber Verbiegungen der Nasenscheidewand. Vorgetragen in der XXXI. ordentlichen Sitzung des Vereins der Aerzte Oberschlesiens zu Oppeln am 1. Mai 1890. Von Dr. Patrzek, Oppeln.

Unter Anderem macht Verf. auf die wichtige pathologische Bedeutung der Abweichungen der Nasenscheidewand aufmerksam und glaubt bezüglich der Häufigkeit derselben, dass kaum ein Septum vollkommen gerade genannt werden kann und kommen dieselben bereits bei Neugeborenen vor, wie dies Patrzek schon an anderer Stelle*) nachwies, doch auch die Vorgänge während der Geburt spielen in ursächlicher Beziehung eine gewisse Rolle. Im Anschlusse eines mitgetheilten Falles räumt Verf. auch der Erblichkeit einen hervorragenden Platz in der ätiologischen Reihe ein. Bei der Behandlung der Verbiegungen geht Patrzek in letzterer Zeit so vor, dass er mit dem messerförmigen Galvanocauter zwei tiefe Längsfurchen durch die Prominenz zieht und entfernt dann die Brücke mit dem rinnenförmigen Meissel. Auf diese Weise wurden selbst hochgradige Deviationen ohne allzu grosse Blutung in einer Sitzung entfernt.

Szenes.

Die Reactionserscheinungen nach Operationen in der Nase. Nach einem am 22. November 1889 in der laryngologischen Gesellschaft zu Berlin gehaltenen Vortrage. Von Dr. Leopold Treitel, Berlin. (Berliner klin. Wochenschrift No. 16 und 17, 1890.)

In erster Reihe erwähnt Verfasser das eigenthümliche Verhalten des Brandschorfes nach galvanocaustischen Operationen,

*) Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 4, pag. 120, 1890.

Digitized by Google

welches in einigen Fällen darin bestand, dass derselbe sich, wie bei einer genuinen fibrinösen Entzündung, spontan losstiess, um sich hartnäckig immer wieder von Neuem zu bilden. — Verhältnissmässig häufig klagten die Patienten über leichte Störungen des Allgemeinbefindens, wie Mattigkeit, Appetitlosigkeit, Kopfdruck und geringe Temperatursteigerung. Häufiger wurde die Schleimhaut von einem regulären Schnupfen befallen, welcher jedoch nach einigen Tagen schon schwand.

In mehreren Fällen fand Verfasser als Ursache der Störung des Allgemeinbefindens eine typische Angina lacunaris. Dieselbe fand sich gleich häufig nach Operationen am vorderen und nach solchen am hinteren Ende der unteren Muscheln, seltener nach denen am Septum, am seltensten nach Operationen an der mittleren Muschel und der Aussenwand der Nasengänge vor; ungleich häufiger war die Angina nach galvanocaustischen Operationen, als nach solchen mit kalten Instrumenten aufgetreten. Nach Verfasser's Ansicht ist die Angina lacunaris aller Wahrscheinlichkeit nach nur als eine zufällige Complication zu betrachten, indem durch die Operation eine Hyperaemie nicht nur der Nasenschleimhaut, sondern auch der angrenzenden Schleimhäute erzeugt wird, welche für die Infection mit dem Virus der Angina disponirend wirkt.

Erkrankungen anderer Nachbarorgane der Nase wurden selten nach Nasenoperationen beobachtet. In einem Falle, wo Verfasser eine Crista septi galvanocaustisch zerstörte, war zwei Tage nach der Operation ausgesprochene Scarlatina aufgetreten, ohne dass eine directe Infection constatirt werden konnte. In einem anderen Falle war sechs Wochen, ebenfalls nach einer galvanocaustischen Beseitigung einer Crista, eine ausgedehnte Caries auf der Aussenwand des mittleren Nasenganges auf der operirten Seite, eine grössere cariöse Stelle hingegen am Septum der nicht operirten Stelle aufgetreten; der Patient hatte sich vor zehn Jahren luëtisch inficirt, und glaubt nun Verfasser an die Möglichkeit, dass die Operation in diesem Falle die Caries wieder zur Erscheinung gebracht hätte.

Bezüglich der Reactionserscheinungen von Seiten des Nervensystems fand Verfasser solche häufig genug nach galvanocaustischen Operationen auftreten, in Folge von Verletzungen der betreffenden Nerven; als solche wären der Nervus nasopalatinus, die Dentaläste des Nervus trigeminus und der Nervus supraorbitalis zu erwähnen. Bei Polypenextractionen wurde häufig das Centralnervensystem inficirt, was sich in Uebelkeit, Erbrechen, Schwindelgefühl oder Syncope kundgab; totale Nervenzerrüttungen traten nach Nasenoperationen nur selten auf. Bei wenigen Patienten konnten auch psychische Störungen als Reactionserscheinungen des Eingriffes constatirt werden.

Schliesslich ermahnt Verfasser, dass, wenn Reactionserscheinungen auch nicht sehr häufig sind, so ist es dennoch rathsam, den Operirten einige Tage Schonung zu empfehlen.

Die Beobachtungen datiren aus der Universitäts-Poliklinik Fränkel's in Berlin, wo Verfasser während eines Zeitraumes von 9 Monaten seine Erfahrungen sammelte. Szenes.

Digitized by Google

Ueber ein Befestigungsinstrument für das Voltolini'sche Nasenspeculum. Von Dr. Flatau. (Berl. klin. Wochenschr. No. 25, 1890.)

Das von Weitz in Berlin (Potsdamer Strasse 105), wie auch von Windler zu beziehende Instrument, welches abgebildet ist, wird an der Stirn des zu Untersuchenden an einer Pelotte befestigt, die durch eine sagittal über den Kopf greifende Bruchbandfeder fixirt ist. Nähere Beschreibung ist im Original nachzulesen. Heinze.

Elektrischer Beleuchtungs-Apparat für Ohr, Nase, Nasenrachenraum etc. Von Prof. Trautmann. (Deutsche med. Wochenschr. No. 15, 1890.)

Abbildung und Beschreibung des von Nehmer (Berlin, Georgenstrasse 38) zu beziehenden Apparates. Heinze.

Bemerkungen über die Verabreichung von Anästheticis in Fällen von Operationen in der Nase und dem Munde. (Remarks on the administration of anaesthetics in oral and nasal surgery.) Von F. Hewitt, M D., London. (Lancet, 10. Januar 1890.)

Die Bemerkungen beziehen sich nur auf solche Operationen, bei welchen eine längere Anästhesie erforderlich ist. Verf. empfiehlt die Aethernarcose und bei dem Erwachen aus derselben die Narcose mit Chloroform weiter zu unterhalten. Der Kranke soll in der Narcose entweder sitzend mit weit nach vorwärts gerichtetem Kopf gehalten werden oder auf der Seite liegen mit nach abwärts gerichtetem Gesicht. Die erstere Stellung sei besonders bequem für die Entfernung von adenoiden Vegetationen. Bei Nasenverstopfung solle man einen Mundsperrer vor dem Beginn der Anästhesie anlegen. An einem von ihm abgebildeten Mundsperrer sind zwei Röhrchen angebracht, mit welchen man die Chloroformirung fortsetzen kann. Bei stärkerer Stenose und bei Blutungen solle man die Narcose nicht zu tief machen. Dr. M. Schm

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Zur Frage der Localisation des Kehlkopfes an der Grosshirnrinde. Von Prof. Krause. (Berl. klin. Wochenschr. No. 25, 1890.)

Gegenüber den Angaben von François Franck, Ferrier und Duret fasst K. das Resultat seiner Beobachtungen in folgenden Sätzen zusammen: 1) dass eine völlig isolirbare Kehlkopf- und eine ebensolche Zungen-, Lippen- und Kieferregion an der Grosshirnrinde existirt; 2) dass eine Erzeugung der phonetischen Function durch elektrische Reizung weder von der Kehlkopfstelle noch von der Zungen- und Mundregion regelmässig, sondern nur äusserst selten und ausnahmsweise zu bewerkstelligen ist; 3) dass ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen Kehlkopf- und Zungen- resp. Mundregion nicht besteht, dass es jedoch nur einer mässigen Reizverstärkung bedarf, um den Kehlkopf secundär an den Bewegungen der Zunge und der Lippen theilnehmen zu lassen; 4) dass unter gleichen Verhältnissen und bei gleichen Reizstärken eine Betheiligung der Zungen- und Mundbewegungen an denjenigen des Kehlkopfes nicht stattfindet. Heinze.

Digitized by Google

Ein seltener Fall von Idiosyncrasie gegen Tannin bei äusserlichem Gebrauche. Von Dr. Lange. (Deutsche med. Wochenschr. No. 1, 1890.)

Nach einmaliger Pinselung des Rachens mit einer Tanninlösung 1 : 15 bei einem an chronischem Nasen- und Rachencatarrh leidenden 29jähr. Patienten trat sofort eine starke Anschwellung der Schleimhaut, vollständige Verstopfung der Nase und „riesige wässerige Secretion" ein. Es zeigte sich bei der Untersuchung „grosses Oedem des weichen Gaumens und der Uvula". Ausserdem ward leichtes Benommensein, sowie ein universelles Urticaria-Exanthem constatirt, welches am nächsten Tage wieder verschwunden war. Patient hatte schon 2 Mal früher nach Gebrauch von Tanninpräparaten ähnliche Erscheinungen gehabt.

Heinze.

Zur Frage der Pachydermia laryngis. Von Dr. Kuttner. (Berl. klin. Wochenschr. No. 36, 1890.)

Nach K.'s Untersuchungen, die mit denen Virchow's und Kanthack's übereinstimmen, gehört zum Bilde der typischen Pachydermie nichts weiter, „als dass das Epithel einen epidermoidalen Charakter annimmt, dem sich dann natürlich auch das subepitheliale Bindegewebe in entsprechender Weise anzupassen hat". Ob sich dann noch Excrescenzen irgend welcher Art oder schalenförmige Gebilde am Processus vocalis vorfänden oder nicht, oder ob das betr. Stimmband von vorn bis hinten glatt sei, sei in Bezug auf das Wesen der Pachydermie nebensächlich. Aetiologisch kommen specifische Reize (z. B. Lues und Tuberculose) und rein entzündliche oder mechanische in Betracht So fänden sich u. A. auch in der Umgegend von zweifellos gutartigen Stimmband-Fibromen, am stärksten entwickelt in deren unmittelbarer Nähe, wohl characterisirte pachydermatische Veränderungen. K. erörtert sodann die Entstehung der Höhlungen in den Wülsten am Processus vocalis, die ersten Anfänge der einfachen Pachydermie und ihr Verhältniss zur chronischen Laryngitis, und endlich die Beziehungen der Pachydermie zum Carcinoma laryngis, worüber der Artikel selbst nachzulesen ist. Heinze.

Primäres Erysipel des Pharynx und des Larynx. (Erysipel primitif du pharynx et du larynx.) Von Dr. Massei. (Congrès international de Berlin 1890 und Revue de laryngologie No. 19.)

Sein Bestehen ist heute bewiesen, nur hat man früher nicht genug darauf geachtet und die Aeusserungen früherer Autoren unberücksichtigt gelassen. Es sind wenige, aber classische, nie trügende Symptome: 1) Die ungeheure Schwellung der Mucosa, welche gewöhnlich vom Zungengrunde ausgeht; daher Dysphagie von Anbeginn; 2) das leichte Springen der Schwellung; 3) sehr starkes Fieber von Anfang an, nicht regelmässig, springend. Man kann es also nicht mit der Larynxphlegmone verwechseln. Entweder walten die localen oder die allgemeinen Symptome vor; letztere Form hat eine schlechte Prognose, da die Mittel zu spät kommen.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Exstirpation der Zunge, des weichen Gaumens, der linken Mandel; Ligatur der Arteria lingualis, Resection des Maxillaris; prophylactische Tracheotomie; Tod am siebenten Tage durch Lungensymptome. (Ablation de la langue, du voile du palais, de l'amygdale gauche; ligature de la linguale; résection du maxillaire; trachéotomie préventive; mort par accidents pulmonaires le septième jour.) Von Dr. Le Bec. (Gazette des hôpitaux, October 1889 und Revue de laryngologie No. 3.)

Der Titel giebt die ganze Operation, welche wegen Epithelioma ausgeführt wurde; bemerkenswerth dabei ist, dass die Operation in dem Sinne gelang, dass Patient nicht an septischer, sondern an Erkältungsbronchitis starb. Dr. P. K.

Ein Fall von Gaumentumor, Operation, Bemerkungen. (A case of tumor of the palate, operation, remarks.) Von Mr. Page. (Lancet, 10. Januar 1891.)

Der hühnereigrosse Tumor fand sich bei einem 40jährigen Manne. Er war in zwei Jahren gewachsen und hatte seinen Sitz in dem weichen Gaumen. Es war ein Adenom. In der Discussion bezeichnet Mr. S. Page diese Geschwülste als so unschuldig, wie noch nicht geborne Kinder. Dr. M. Schm.

Zur Operation der hypertrophischen Rachenmandel. Von Dr. H. Gradle. (Deutsche med. Wochenschr. No. 8, 1890.)

Abbildung und Beschreibung einer Schneidezange, deren Leistungsfähigkeit G. seit 2½ Jahren in nahezu 150 Operationen erprobt hat und mittelst derer es ihm meistens gelungen ist, die ganze Drüse auf einmal zu entfernen. Heinze.

Zur Casuistik des Herpes gutturalis. Von Dr. Max Kahn. (Internat klin. Rundschau No. 16, 1890.)

Verfasser hatte während der letzten Influenza-Epidemie Gelegenheit, im Ambulatorium Seifert's in Würzburg zwei interessante Fälle von Herpes gutturalis palati duri zu beobachten. Der erste betrifft eine 42jährige Frau, bei welcher die herpetischen Erosionen als erstes Symptom der Influenza bis in die Fläche des weichen Gaumens sich erstreckten und auch am Zahnfleisch der linksseitigen oberen Schneidezähne sichtbar waren. — Bei einem 23jährigen Cand. med. hingegen war der Herpes ohne Fieber oder sonstige Allgemeinerscheinungen, 2 Ctm. hinter den Schneidezähnen beginnend, bis an den Rand des weichen Gaumens ausgebreitet. — In beiden Fällen war die Heilung auf Ausspülungen des Mundes mit Boraxlösung schon nach wenigen Tagen eingetreten. Szenes.

Ueber die Behandlung des Stimmritzenkrampfes. Von Dr. Flesch. (Deutsche med. Wochenschr. No. 1, 1890.)

F. fand bei plötzlich zu Grunde gegangenen Kindern stets Ueberfüllung des Magens und der Därme mit „unverdautem Aliment, vorzugs-

Digitized by Google

weise dickbreiigem, nächstdem Obst etc ", sowie „2 kleine, feste Drüschen am Nervus recurrens sinister", auf welche schon Hugh Ley aufmerksam gemacht habe. Ohne einen Schluss zu ziehen über den Zusammenhang dieser Drüsen mit der Krankheit, wird therapeutisch empfohlen, lediglich flüssige Kost in näher beschriebener und im Original nachzulesender Weise zu verabreichen. Heinze.

Kehlkopfsentzündung mit Ausgang in Abscessbildung nach Influenza. Von Dr. Schaeffer. (Deutsche med. Wochenschr. No 10, 1890.)

Beschreibung eines Falles, bei dem wegen plötzlichen Eintritts der erstgenannten Affection die Tracheotomie gemacht werden musste. Heilung. Sch. theilt beiläufig mit, dass sich ihm die Anwendung von Natr. benz. 15,0 - 20,0 ad 200,0 Aqu innerlich 2 — 3stündlich 1 Esslöffel in circa 60 Influenzafällen im acuten Stadium gut bewährt habe. Heinze.

Pyoctanin gegen tuberculöse Ulcerationen im Kehlkopf und in der Nase. Von Dr. Scheinmann. (Berl. klin. Wochenschr. No. 33, 1890.)

S. beschreibt in dieser „vorläufigen Mittheilung", wie er das von Stilling als Antisepticum empfohlene Pyoctaninum caeruleum in Substanz bei den genannten Ulcerationen anwendet. Der erhitzte Knopf einer Kupfersonde wird in das reine Pulver getaucht, welches sich um denselben in feinen Körnchen anlagert und dann mittelst der Sonde in den Geschwürsgrund, nach vorausgegangener Cocainisirung, eingerieben. Die Wirkung zeige sich alsbald dadurch, dass die Secretion wie verschwunden sei und „in kurzer Zeit schon die Frage auftrete, ob hier noch Ulcus, oder schon die beginnende Narbe vorliege". Dies gelte hauptsächlich für circumscripte einzelne Ulcera und für die durch operative Eingriffe geschaffenen Wundflächen. Die Reaction der behandelten Stellen sei gleich Null: vorhandene Schmerzhaftigkeit werde in den folgenden 24 Stunden nicht nur nicht gesteigert, sondern mitunter wesentlich vermindert. In zwei Fällen schwerer Nasentuberculose, bei denen tumorartige Infiltrationen operativ entfernt bezw. grosse Ulcerationen an den unteren Muscheln ausgekratzt worden waren, heilten die mit Pyoctanin behandelten Geschwürsflächen binnen 6 bezw. 8 Tagen.

Heinze.

Intubation des Kehlkopfes. (Intubation of the larynx.) Von Francis Huber, M. D., New-York. (Med. Record, Juni und Juli 1887.)

Der Vortrag bildet einen Theil einer Reihe von Vorträgen vor der New-York Academy of Medicine.

Verf. giebt eine recht gute Beschreibung der Art und Weise, wie die Intubation ausgeführt werden soll. Den Zeitpunkt, wann sie gemacht werden soll, bezeichnet er so, dass suprasternale und epigastrische Einziehungen stattfinden. Cyanose, schwacher unregelmässiger Puls, Lungenbetheiligung oder septische Zeichen sollen nicht von der Vornahme der Operation abhalten. In solchen Fällen soll man aber vorher ein Stimulans geben. Er bespricht sodann noch die bei der Einführung oder Wegnahme der Röhre vorkommenden Zufälle in klarer Weise.

Dr. M. Schm.

Digitized by Google

Bemerkungen über den Bellhusten des Pubertätsalters (Cynobex hebetis). (Remarks on the barking cough [Cynobex hebetis] of puberty.) Von Sir Andrew Clark, Bart. M. D., London. (Lancet, 20. December 1890.)

Verf führt erst drei Fälle von sehr schwerer Form an, in welchen die Eltern nervös belastet waren, ein vierter stammte aber aus einer ganz gesunden Familie. Bei Mädchen ist er häufiger, als bei Knaben. Er kommt nur in dem Pubertätsalter vor. Er gehört zu den von Gowers beschriebenen Gewohnheitskrämpfen. In der Literatur finden sich nur spärliche Nachrichten über denselben Er erklärt das Zustandekommen desselben durch die vollständige Umänderung, welche in der Zeit in dem Körper und dem Nervensystem stattfindet. Durch die Veränderungen, welche auch der Kehlkopf zu der gleichen Zeit erleidet, findet er es erklärlich, dass sich die Nervenerkrankung, denn als solche will er den Husten, wohl sehr mit Recht, angesehen wissen, gerade in dem Husten äussert. Die Prognose hält er für günstig, wenn auch die Dauer des Leidens oft eine sehr ausgedehnte ist. In all' seinen Fällen waren die Kinder überfüttert und hatten reichlich Alkohol bekommen. Beschränkung der Mahlzeiten auf drei oder höchstens vier am Tage, Verbot des Alkohols (! Ref.), laue oder kalte Waschungen, nicht zu warme Kleidung, Frühaufstehen und allgemeine Erziehung haben sich ihm am meisten bewährt. Nach den Mahlzeiten lässt er den ganzen Hals innerlich mit einer Mischung von Borax, Bismuth und Morphium oder Cocaïn pinseln. Innerlich giebt er Brom, Chinin, Arsenik und Eisen. Längere Seereisen hält er für ein zweifelhaftes Mittel. Dagegen empfiehlt er sehr die Erziehung zu nicht nervösen Menschen. Dr. M. Schm

---

Plötzlicher Tod durch Hyperplasie der Thymus während der Tracheotomie. Demonstrirt im Greifswalder medicin. Verein. Von Dr. Kruse und Dr. Cahen. (Deutsche med. Wochenschrift No. 21, 1890.)

Es handelte sich um einen zweijährigen, gut entwickelten, kräftigen Knaben, bei dem wegen einer hochgradigen Trachealstenose, mit einer schon fortgeschrittenen Kohlensäurevergiftung, die Tracheotomie lege artis ausgeführt wurde, doch schon bei der stumpfen Ablösung der Schilddrüse nach unten wurde die Athmung oberflächlich und das Gesicht cyanotisch, und trotz der schleunigen Eröffnung der Trachea wurde die Cyanose stärker und die Athmung stockte völlig. Nebst der breit klaffenden Trachea nützten selbst die künstlichen Athmungsbewegungen nicht, es wurde sogar eine zweite Incision, etwas tiefer als die erste, angelegt, doch war Alles vergebens. Bei der Necroscopie wurde die Thymusdrüse 71 Mmtr. lang, 42 Mmtr. breit und 17 Mmtr. dick gefunden; ein zungenförmiger, 25 Mmtr. langer Lappen ragte über das obere Ende des Brustbeines bis nahe an den Isthmus der Thyreoidea hervor. Durch diese Vergrösserung wurde eine Verengerung der Trachea und der beiden Hauptbronchien bewirkt, welche durch die entzündliche Schwellung der Schleimhaut eine weitere Verengerung verursachte. Das Operiren bei herabhängendem Kopfe hatte die als Folge der Dyspnoe bestehende venöse Hyperämie der Thymus, durch Stauung in den Ven thymicae, noch vergrössert, dazu kamen dann noch andere mechanische Wirkungen

Digitized by Google

auf die Bronchien, die bei Ablösung der Schilddrüse eine völlige Abknickung der Luftwege und somit die Erstickung herbeiführten.

Szenes.

Die Massage in der Behandlung acuter Catarrhe der Halsorgane. Von Dr. T. Cramer, Buttstädt. (Deutsche med. Wochenschr. No. 22, 1890.)

Auf Grund zweier mitgetheilter Fälle erklärt Verf. mittelst anatomischer Erläuterungen die günstigen Erfolge der Halsmassage bei Entzündungen der ersten Wege des Verdauungs- und des Athmungstractus, welche sich auf catarrhalische Processe beziehen. Verf. will diese Behandlungsmethode neben der Anwendung der üblichen therapeutischen Maassnahmen gebraucht wissen, die sowohl vom Arzte, als auch von den Angehörigen und auch vom Patienten selbst ausgeführt werden kann.

Szenes.

Ueber Papillome in den oberen Luftwegen. Vorgetragen in der laryngol. Section der 62. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Heidelberg. Von Dr. Arthur Thost, Hamburg. (Deutsche med. Wochenschrift No. 21, 1890.)

Angeregt durch anatomische Untersuchungen an Leichen und Lebenden, besonders durch die Verfolgung der Frage über den Uebergang gutartiger Geschwülste des Kehlkopfes in bösartige, bespricht Verf. die Ursachen der Papillombildung und der Wucherung und Entzündung der oberflächlichen Schichten der Schleimhaut, die eine ausgesprochene Neigung besitzt, auf pathologische Reize in oder unter derselben mit einer Hyperplasie zu antworten. Nun werden die Wucherungsprocesse des Epithels beim chronischen Catarrh, bei der Tuberculose, bei der Syphilis, bei Lepra, bei den lupösen Infiltrationen, bei Fibromen und beim Carcinom einzeln besprochen.

Szenes.

Beitrag zur Lehre von der Heilbarkeit der Larynxtuberculose mittelst chirurgischen Behandlung. (Contribution à la question de la curabilité de la tuberculose laryngée par le traitement chirurgical.) Von Dr. Luc. (Congrès international de Berlin und Archives de laryngologie et d'otologie No. 4.)

Man kann die Localaffection der Tuberculose im Körper im Allgemeinen in zwei Klassen theilen: In solche, welche der chirurgischen Behandlung zugänglich und in solche, welche es nicht sind; diese Eintheilung hat aber nichts Festes, die Grenze ist wechselnd und wird immer enger gestellt; braucht man ja nur an die Behandlung der tuberculösen Peritonitis mittelst der Laparotomie zu denken. Verf. giebt die Krankengeschichte zweier Patienten, bei denen Nasal-, Pharyngeal- und Larynxgeschwüre, deren tuberculöse Natur durch das Microscop nachgewiesen war, unter geeigneter localer und allgemeiner Behandlung geheilt sind. Die chirurgische Behandlung der tuberculösen Geschwüre ist also im Princip anzunehmen; sie passt aber nur für bestimmte Fälle und bestimmte Formen; ihre Ausführung ist nicht so leicht, als man annehmen könnte. Diese Schwierigkeiten sind dieselben für alle Patienten, deren tuberculöse

Digitized by Google

man soll die Bergmann-Terrillon'sche Canüle anwenden und vom ersten Tage an die ernährenden Clystiere geben. Dr. P. K.

Neue Symptome der Basedow'schen Krankheit. (Nouveaux signes de la maladie de Basedow.) Clinique du docteur Charcot. (Bulletin médical und Gazette médicale de Liége No. 21.)

Die classische Triade, wie sie bis jetzt allgemein angenommen wird, ist nicht ganz constant; auf der anderen Seite treten recht oft andere Symptome hinzu, welche für sich allein, bei anscheinendem oder wirklichem Fehlen der drei classischen Symptome, zur Diagnose des Leidens verhelfen. Charcot giebt nun diese Symptome: 1) Es besteht in Ausnahmefällen Hyperthermie, dabei ist der Urin aber nicht fieberhaft: der Harnstoff ist nicht vermehrt, das Urobilin ist kaum nachweisbar. 2) Das Zittern ist fast constant; es ist regelmässig, unwillkürlich, klein aber rasch; während es bei Paralysis agitans blos 3—5 Mal in der Secunde auftritt, kommt es bei der Basedow'schen Krankheit 8—9 Mal per Secunde vor. 3) Das constante Gefühl von Wärme, Thermophobie genannt; Patienten decken sich immer im Bette auf und sie schwitzen auch wirklich. 4) Eine Pareplegie der Beine, welche Prof. Charcot das „In die Kniee fallen" nennt; es tritt ohne Schwindel, ohne Verlust des Bewusstseins, plötzlich, ohne concomittirende Blasenerscheinungen (zum Unterschied von Tabes) auf. 5) Nervöser Husten, Diarrhoe sind nicht so constant. Dr. P. K.

INHALT.

I. Originalien: Kiesselbach: Stimmgabel und Stimmgabelversuche II. — Schmiegelow: Eine neue im Munde vorgefundene Bacterie. — Suchannek: Pathologisch-Anatomisches über Rhinitis acuta, speciell Influenza-Rhinitis. — Onodi: Fall von Pharyngitis fibrinosa chronica (mit 2jähriger Dauer). — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Bericht über die an der k. k. Wiener Universitäts-Klinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Josef Gruber im Jahre 1889 ambulatorisch behandelten Kranken (Fortsetzung). — Sandmann: Zur Physiologie der lufthaltigen Räume des Schädels. — b) Rhinologische: Schaeffer: Bericht über 1000 adenoide Vegetationen. — Griffin: Die Radicalbehandlung der Nasenpolypen. — Patrzek: Ueber Verbiegungen der Nasenscheidewand. — Treitel: Die Reactionserscheinungen nach Operationen in der Nase. — Flatau: Ueber ein Befestigungsinstrument für das Voltolini'sche Nasenspeculum. — Trautmann: Electrischer Beleuchtungs-Apparat für Ohr, Nase, Nasenrachenraum etc. — Hewitt: Bemerkungen über die Verabreichung von Anästheticis in Fällen von Operationen in der Nase und dem Munde. — c) Pharyngo-laryngologische: Krause: Zur Frage der Localisation des Kehlkopfes an der Grosshirnrinde. — Lange: Ein seltener Fall von Idiosyncrasie gegen Tannin bei äusserlichem Gebrauche. — Kuttner: Zur Frage der Pachydermia laryngis. — Massei: Primäres Erysipel des Pharynx und des Larynx. — Le Bec: Exstirpation der Zunge, des weichen Gaumens, der linken Mandel: Ligatur der Arteria lingualis, Resection des Maxillaris; prophylactische Tracheotomie. — Page: Ein Fall von Gaumentumor. — Gradle: Zur Operation der hypertrophischen Rachenmandeln. — Kahn: Zur Casuistik des Herpes gutturalis. — Flesch: Ueber die Behandlung des Stimmritzenkrampfes. — Schaeffer: Kehlkopfsentzündung mit Ausgang in Abscessbildung nach Influenza. — Scheinmann: Pyoctanin gegen tuberculöse Ulcerationen im Kehlkopf und in der Nase. — Huber: Intubation des Kehlkopfes. — Clark: Bemerkungen über den Bellhusten des Pubertätsalters. — Kruse und Cahen: Plötzlicher Tod durch Hyperplasie der Thymus während der Tracheotomie. — Cramer: Die Massage in der Behandlung acuter Catarrhe der Halsorgane. — Thost: Ueber Papillome in den oberen Luftwegen. — Luc: Beitrag zur Lehre von der Heilbarkeit der Larynxtuberculose mittelst chirurgischer Behandlung. — Semon und Horsley: Connexion des Larynx mit dem motorischen Nervensystem. — Rachel: Diphtheritische Lähmung der Respirationsmuskeln, besonders des Zwerchfells. — Koch: Ueber Trachealtumoren. — Vinaut: Werth der Gastrotomie bei Oesophaguscarcinom. — Delassus: Oesophaguscarcinom. Gastrotomie. — Charcot: Neue Symptome der Basedow'schen Krankheit.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I. Freiung 7. zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Bescherner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Meldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. Jos. Gruber
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. N. Rüdinger
o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**

Dr. v. Schrötter
Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. Weber-Liel
Professor der Ohrenheilkunde in **Bonn.**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.

Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXV. **Berlin, Mai 1891.** **No. 5.**

I. Originalien.

Operative Entfernung eines durch misslungene Extractionsversuche in die Trommelhöhle gerathenen Fremdkörpers.

Von

Prof. Dr. **Jos. Gruber.**

Am 27. December 1889 consultirte mich Herr M. L., 25 Jahre alt, Kaufmann aus Witebsk in Russland, wegen seines Ohrleidens. Ueber die Entstehung desselben theilte er mir Folgendes mit:

Drei Wochen vor dem obengenannten Tage kratzte er sich mit einem hölzernen Federstiel, an dessen Ende sich eine kleine Kugel befand, im linksseitigen Gehörgange, wobei die Kugel abbrach und im Gehörgange zurückblieb. Er consultirte sofort einen Arzt, welcher es versuchte, mit verschiedenen Instrumenten den Fremdkörper zu entfernen, dem es aber trotz eifriger Bemühung nicht gelang. Patient begab sich einige Tage später nach Riga, wo man seiner Angabe zufolge neuerlich Extractionsversuche machte, durch welche, wie er meinte, der Körper nur noch tiefer eingebohrt wurde. Bei all' diesen Versuchen verursachte man ihm starke Schmerzen.

Schon nach den ersten operativen Eingriffen stellten sich entzündliche Erscheinungen im Ohre ein, welche sich jetzt bedeutend steigerten und Patienten veranlassten, seine Reise zu mir anzutreten.

Digitized by Google

Bei seinem ersten Besuche klagte der von der weiten Reise und von seinem Leiden stark angegriffene, mässig fiebernde Kranke über Schmerzen im Ohre und im Kopfe. Er war über seinen Zustand sehr besorgt, und dies um so mehr, als man ihm schon in seiner Heimath eine schwere Operation in Aussicht stellte.

Die erste von mir vorgenommene Untersuchung zeigte folgenden Status praesens:

Hinter der linken Ohrmuschel, welche normal inserirte und auch sonst keine Anomalie zeigte, ist die Haut bis auf ungefähr 2 Ctm. vom Insertionswinkel nach rückwärts mässig geröthet und geschwollen, dabei erhöhte Druckempfindlichkeit an dieser Stelle. Vor und unter der Muschel sind die Gebilde normal.

Im äusseren Gehörgange zeigen sich die Weichgebilde hochgradig geschwollen und geröthet, sehr empfindlich bei Berührung. Die Lichtung des Gehörganges so sehr verengt, dass es selbst bei gesenktem Unterkiefer nicht gelingt, auch nur den engsten Ohrtrichter einzuführen. Die enge Spalte, welche zwischen den Gehörgangswandungen noch besteht, ist mit dickem gelben Eiter erfüllt, dessen Menge bei Senkung des Unterkiefers sich etwas steigert.

Trotz sorgfältigster Reinigung des Gehörganges durch Ausspritzen und Aussaugen mit geeigneten Apparaten, gelang es nicht, so viel Licht in den Gehörgang zu bringen, dass man selbst nur den knorpeligen Theil übersehen konnte.

Unter solchen Verhältnissen war es natürlich nicht möglich, den Standort des Fremdkörpers mit dem Auge zu eruiren. Da der Kranke mit vollster Gewissheit angab, dass die Holzkugel noch tief im Ohr stecke, so suchte ich dieselbe durch vorsichtiges Sondiren zu entdecken. Ich führte bei geöffnetem Munde des Kranken und bei guter Beleuchtung eine gewöhnliche chirurgische Knopfsonde, die im stumpfen Winkel abgebogen war, in der Richtung der Längsaxe des Gehörganges in diesen, konnte auch ungefähr 4 Ctm. tief vordringen und stiess dann nach hinten und oben auf einen Körper, der in der That holzig anzufühlen war, und bei dessen Berührung der Kranke die Aeusserung machte: „Da ist es!“ Die Berührung des Körpers mit der Sonde verursachte ihm keine Schmerzen, und mir verschaffte die Sondenuntersuchung die Gewissheit, dass der Fremdkörper sich in der Tiefe des Ohres vorfindet.

Um mich noch weiter zu orientiren, brachte ich die Luftdouche mit und ohne Benutzung des Ohrcatheters in Anwendung. Der Catheter konnte mit der grössten Leichtigkeit in die Tuba Eust. eingeführt werden; die Entleerung des Ballons erforderte wohl einen etwas grösseren Kraftaufwand als dies im Normalen der Fall ist, aber ich konnte ganz genau wahrnehmen, und die Angaben des Kranken bestätigten meine Annahme, dass die Luft gegen die Trommelhöhle vordringt. Das Otoscop konnte bei so hochgradig verschwollenem Gehörgange selbstverständlich nicht in der gewöhnlichen Weise in Anwendung gebracht werden, wenn aber das Ansatzstück desselben so in den Gehörgang gebracht wurde, dass seine Oeffnung der engen Lichtung des Gehörganges entsprach, konnte man bei der Entleerung des Ballons ein Geräusch wahrnehmen, das man wohl mit Sicherheit als ein solches erkennen konnte, wie es erzeugt wird, wenn die Luft durch die Eust. Röhre gegen die Trommel-

Digitized by Google

höhle streicht; wie weit sie aber in die letztere vordringt, das war nicht möglich zu bestimmen. Mit Sicherheit wurde aber der Mangel eines Perforationsgeräusches constatirt. Dass der Fremdkörper sich noch im Ohre befinde, stand fest, dass derselbe höchst wahrscheinlich durch das Trommelfell in die Trommelhöhle gelangt sei, musste ich vermuthen aus seinem Standorte (4 Ctm. von der äusseren Oeffnung des Gehörganges erreichte ihn die Sonde), sowie aus den Auscultationserscheinungen.

Das rechte Ohr zeigte sich vollkommen normal. Hörweite links für die Taschenuhr so weit reducirt, dass sie nur beim Anlegen an die Kopfknochen gehört wird. Weber'scher Versuch positiv.

Da am Tage der Ankunft des Kranken, wo er von der Reise noch sehr ermüdet war, ein operativer Eingriff gerne vermieden wurde und andererseits auch die Erscheinungen zu einem solchen Verfahren nicht sehr drängten, versuchte ich vorerst, den Gehörgang durch Einlegen einer in Cocainlösung getränkten Wieke zu erweitern, musste aber schon nach wenigen Minuten dieselbe entfernen, da sich die Schmerzen zu sehr steigerten. Ich gab nun dem Kranken die Weisung, sich in eine Heilanstalt zu begeben, tagsüber durch Ruhe, Antiphlogose und schmerzstillende Mittel sein Leiden zu lindern und stellte für den nächsten Tag die operative Entfernung des Fremdkörpers in Aussicht.

Als ich am nächsten Tage in der Privatheilanstalt des Herrn Dr. Löw den Kranken wiedersah, hatte sich der Zustand nur insoweit geändert, dass Patient mehr über Schmerzen klagte, was ihn auch bestimmte, um schleunige Ausführung der Operation zu bitten.

Da an die Möglichkeit einer Entfernung auf dem Wege des äusseren Gehörganges bei der Enge desselben gar nicht zu denken war, konnten nur jene Operationsverfahren in Betracht kommen, durch welche wir einen directen Zugang zu dem Fremdkörper und gleichzeitig den Weg zu seiner Herausbeförderung herzustellen im Stande sind.

Ich hatte mir folgenden Operationsplan festgesetzt:

Zunächst wollte ich die Ohrmuschel nach der von v. Tröltsch angegebenen Methode durch einen Bogenschnitt von oben und hinten umschneiden und die Weichgebilde mit geeigneten Instrumenten von der hinteren und theilweise von der oberen Gehörgangswand vom Knochen so weit als möglich trennen. Nachdem dies geschehen, sollte in der so geschaffenen Höhle nach dem Fremdkörper gefahndet und derselbe, wenn möglich, auf diesem Wege entfernt werden.

Falls der Körper in der Trommelhöhle eingekeilt gefunden würde und in anderer Weise nicht herausgebracht werden konnte, dann sollte nach der von mir angegebenen Methode, durch Wegnahme der hinteren und theilweise der oberen knöchernen Gehörgangswand, die Höhle nach rückwärts erweitert und der Körper aus derselben herausgeschafft werden*).

Am 29. December 1889 wurde der Kranke in die Narcose versetzt und unter Assistenz der Herren Doctoren Gustav Kolischer und Zinner die Operation vorgenommen. Nach Loslösung der Weichgebilde vom Gehörgang, wobei die Blutung durch Unterbindung zweier Gefässe

*) Vergl. mein Lehrbuch der Ohrenheilkunde, I. Auflage, Seite 429, und II. Auflage, Seite 402.

Digitized by Google

gestillt werden musste, konnten wir den Fremdkörper ganz deutlich mit der Sonde in der Tiefe fühlen, waren jedoch nicht im Stande, ihn weder mit der Pincette, noch mit geeigneten Zangen zu fassen. Derselbe war im hinteren Theile der Trommelhöhle so fest eingekeilt, dass auch nicht die geringste Bewegung möglich war. Nun schritt ich zur Wegnahme der hinteren Gehörgangswand. Anfangs wurde die Entfernung mit Hammer und Meissel und zwar unter grosser Vorsicht und in äusserst dünnen Schichten vorgenommen. Dabei wurde der Meissel so angesetzt, dass die Trennung von hinten aussen und oben nach vorne innen und unten und zwar mit sehr schwachen Hammerschlägen erfolgte. Es handelte sich mir bei Anwendung des Meissels mehr um Wegnahme der äusseren Abschnitte der Gehörgangswand, da ich in der Tiefe mehr den scharfen Löffel, mit dem ich vorsichtiger operiren konnte, in Anwendung bringen wollte.

Nachdem ich etwa eine 3 Mm. dicke Knochenschicht mit dem Meissel entfernt hatte, ging ich mit dem scharfen Löffel ein und kratzte vorsichtig von dem Fremdkörper nach rückwärts die Knochensubstanz weg. Von Zeit zu Zeit ging ich immer wieder mit der Sonde ein, um zu untersuchen, ob der Fremdkörper bereits gelockert sei. Die Operation dürfte etwa 20 Minuten gedauert haben, als ich bei neuerlicher Sondirung den Fremdkörper beweglich fand. Ich versuchte ihn jetzt durch Ausspritzen noch etwas mehr aus seinem Standorte zu lockern, und als ich darauf mit einer entsprechend gekrümmten Zange einging, konnte ich ihn mit der grössten Leichtigkeit fassen und herausziehen. Die Holzkugel, welche etwas aufgequollen war, hatte jetzt einen Durchmesser von 6 Mm.; getrocknet zeigt sie einen Durchmesser von 5 Mm.

Nach Entfernung des Fremdkörpers wurde sowohl von der Wunde als vom äusseren Gehörgange aus mit Salicyllösung ergiebig irrigirt und unter Benutzung des Catheters die Luftdouche angewendet. Dabei strömte jetzt die Luft mit starkem Perforationsgeräusch durch den äusseren Gehörgang. Nach neuerlicher Irrigation, um alles Exsudat, welches aus den Räumen des Mittelohres durch die Luftdouche in den Gehörgang getrieben wurde, zu entfernen, wurde die Wunde hinter dem Ohre durch die Knopfnaht vereinigt und in den äusseren Gehörgang eine aus Jodoformgaze bereitete dünne Wieke gelegt. Die ganze Ohrgegend wurde dann antiseptisch verbunden und die Weisung gegeben, den Verband nur im Nothfalle zu lüften.

30. December. Der Kranke befand sich in den letzten 24 Stunden ganz wohl, hatte fast gar keine Schmerzen, schlief ganz ruhig die Nacht durch und zeigte auch heute nicht die geringste Fieberreaction. Verband demzufolge nicht erneuert.

Nachdem dieser Zustand des Besserbefindens auch in den nächsten Tagen, wo der Kranke auch ganz guten Appetit zeigte, anhielt, wurde erst am 2. Januar 1890 der Verband gewechselt. Dabei zeigte sich keine auffällige Reaction an den vereinigten Wundrändern hinter dem Ohre, ja die Röthung und Schwellung der Haut in der Warzengegend, welche vor der Operation bestand, war ganz geschwunden. Die Wieke im Gehörgange war wohl von Eiter durchtränkt, lag aber sehr locker im Gehörgange. Nach deren Wegnahme und zweckmässiger Reinigung des letzteren fanden wir das Lumen desselben viel weiter. Ich konnte

Digitized by Google

mit Leichtigkeit meinen Ohrtrichter No. 2 einführen, mit dem Reflector so viel Licht einwerfen, dass ich die tieferen Ohrtheile genau besehen konnte. Es zeigten sich die Gebilde des Gehörganges an seinem tiefsten Abschnitte noch sehr geschwollen und geröthet und ebenso war das Trommelfell bedeutend entzündet. Beim Valsalva'schen Versuche presste der Kranke mit grösster Leichtigkeit und unter starkem Perforationsgeräusch die Luft durch eine ziemlich weite, am hinteren Segmente des Trommelfelles befindliche Lücke, deren Rand nicht genau eruirt werden konnte. Die Lage des Hammers konnte noch nicht unterschieden werden. Der Kranke klagte über mässiges Pulsiren im Ohre ohne nennenswerthen Schmerz. Die Taschenuhr hörte er beim Anlegen an die Ohrmuschel und an die Kopfknochen. Weber'scher Versuch positiv. Es wird jetzt eine starke Jodoformwieke in den Gehörgang gebracht, um durch Druck die Verwachsung der weichen Gehörgangsgebilde mit dem Knochen zu unterstützen und im Uebrigen der Verband wie oben geschildert angelegt.

Am 3. Januar befand sich der Kranke sehr wohl, desgleichen am 4. Januar, an welchem Tage die Hefte aus der Wunde, welche vollständig verwachsen war, entfernt wurden. Unter nahezu ganz gleicher localer Behandlung, die ohne jedwelche intercurrirende Störung geübt werden konnte, schritt die Besserung des Kranken so weit vor, dass er am 18. Januar 1890 die Krankenanstalt verlassen konnte. Er erschien noch durch nahezu eine Woche täglich in meiner Ordination und reiste schliesslich, nahezu vollständig geheilt, in seine Heimath. Die Weichgebilde des Gehörganges waren innig mit dem Knochen verwachsen, das vordere Segment des Trommelfelles zeigte eine nahezu normale Beschaffenheit, der Hammer war deutlich sichtbar, am hinteren Segmente des Trommelfelles befand sich eine linsengrosse Perforation, deren Rand theilweise vom Gehörgangsrande gebildet war und von der inneren Wand der Trommelhöhle deutlich abstand. Secretion äusserst minimal. Die Hörweite für die Taschenuhr betrug jetzt 37 Ctm., das Pulsiren hatte ganz aufgehört und auch sonst klagte der Kranke nicht über die geringste Beschwerde. So verliess mich der Patient mit den nöthigen Verhaltungsmassregeln und dem Auftrage, falls er in Zukunft irgend eine Beschwerde im Ohre verspüren sollte, oder wenn nach einiger Zeit Ausfluss aus dem Ohre eintreten sollte, mich davon zu verständigen, was der im höchsten Grade befriedigte Kranke gewiss gethan hätte, wenn sich Veranlassung hierzu geboten hätte.

Ich glaube, dieser Fall ist geeignet, die Zweckmässigkeit der von mir empfohlenen Operationsmethode zur Entfernung der in der Trommelhöhle eingekeilten Fremdkörper zu illustriren, und deshalb habe ich mir erlaubt, denselben an dieser Stelle mitzutheilen.

Digitized by Google

Ueber das Vorkommen der sogen. „hyalinen Kugeln" im Gewebe der Schleimpolypen der Nase etc. nebst Bemerkungen über die hyalinen Körper des Rhinoscleroms.

Von

E. M. Stepanow in Moskau.

Seitdem Pellizari[1]) und bald darauf Cornil[2]) das Vorkommen der colloiden oder hyalinen Körper im Gewebe des Rhinoscleroms entdeckt und beschrieben haben, sind dieselben stets Gegenstand der Forschung geblieben. Die Autoren sind bemüht gewesen, die genetische Beziehung dieser hyalinen Gebilde zu den Rhinosclerombacillen festzustellen und klarzulegen, ob die hyalinen Körper einen unbedingt nothwendigen und diagnostisch verwerthbaren Befund für das Rhinosclerom abgeben.

Obwohl die Wissenschaft gegenwärtig über einen beträchtlichen Vorrath von werthvollen Thatsachen verfügt, hat doch die Lösung dieser Frage das Gebiet der Hypothese und der Voraussetzungen noch immer nicht verlassen.

Fasst man die Ergebnisse der betreffenden Forschungen kurz zusammen, so kommt man zu folgenden Schlüssen:

1) dass alle Autoren, mit Ausnahme Dittrich's[3]), die hyalinen Körper im Gewebe des Rhinoscleroms gefunden haben;

2) dass die hyalinen Körper keineswegs allein bei Rhinosclerom, sondern auch in verschiedenen pathologischen Producten (Kemedi, cit. nach Mibelli[4]), im Gewebe syphilitischer Ulcerationen an den Genitalien, bei Elephantiasis, Sycosis der Oberlippe (Del Chiappa[5]) angetroffen werden, aber auch nirgend so zahlreich, als gerade bei Rhinosclerom, und

3) dass die Entstehung derselben unter Einfluss der Rhin.-Bacillen von den meisten Autoren als mehr oder weniger wahrscheinlich angenommen wird.

Der letzte Satz wird besonders von Mibelli hervorgehoben und in dessen neuester Arbeit[6]) consequent durchzuführen gesucht. Daher erlaube ich mir etwas näher auf diese Arbeit einzugehen.

Mibelli nimmt an, dass die Rhinoscleromzellen unter der Einwirkung der Bacillen einer zweifachen Entartung anheimfallen, einer hyalinen und einer hydropischen, und obwohl er in den hyalinen Körpern keine

---

[1]) Ref. in Ann. de Derm. et de Syph., 1883, T. IV, No. 9.

[2]) Le rhinosclérome. Progrès med. 1883, S. 587.

[3]) Ueber das Rhinosclerom. Zeitschrift für Heilkunde, Bd. VIII, Heft 2 und 3.

[4]) Un caso di rinoscleroma. Giorn. ital. delle malattie ven. e delle pelle. Anno XXIII, S. 158.

[5]) Sul valore diagnostico di cosi detti globi jalini del rinoscleroma. Anno XXIII, S. 187.

[6]) Beiträge zur Histologie des Rhinoscleroms. Monatshofte für practische Dermatol. Bd. VIII, No. 12.

Digitized by Google

Rhin.-Bacillen gefunden, so schreibt er doch die Entstehung derselben ausschliesslich der Einwirkung der Bacillen zu (worauf, seiner Meinung nach, mitunter die Anwesenheit elliptischer hyaliner Körper, die leicht färbbar und den Bacillen ähnlich, aber etwas grösser als diese sind, hinweisen soll).

Um eine zweifache Entartung als Folge von einer und derselben Ursache vermeiden zu können, greift Mibelli zur Hypothese und sagt auf Grund derselben ausdrücklich: „So würde der Inhalt jener grossen Zellen, die wir hydropische Zellen nannten, die Gloea vorstellen, welche eine grössere Menge Wasser absorbirt hat und in Folge dessen ausserordentlich weich, amorph, nicht leicht sichtbar und schwer zu färben ist. Der Inhalt jener colloiden Zellen dagegen wäre demnach die nämliche Gloea, aber in einem gewissen Stadium der Eintrocknung und daher stärker lichtbrechend, härter, von bestimmter Form und immer leicht, wenn auch in verschiedener Intensität, je nach dem Grade ihrer Trockenheit, färbbar“ ... „Nach der nämlichen Hypothese,“ fährt der Autor fort, „würden die kleinen colloiden elliptischen Körper Bacillen vorstellen, welche von einem zweiten Gloeamantel bedeckt sind, der sich ganz färbt und das centrale Stäbchen nicht sehen lässt. Die sphärischen oder facettirten Körper würden ebenfalls Bacillen vorstellen, denen ein dritter Gloeamantel diese Form nothwendiger Weise verleihen muss“ ... „Die colloide Substanz in Fingerform, welche wir mitunter ebenfalls antreffen, würden kleine Ketten von Bacillen vorstellen, von einem gemeinsamen Mantel trockener Gloea umgeben.“ „Trotzdem,“ sagt Mibelli schliesslich, „müssen wir zugeben, dass die Hypothese im Grunde nur zwei positive Thatsachen für sich hat, nämlich erstens die Gewissheit, dass die Rhinosclerombacillen in Culturen die Fähigkeit besitzen, Gloea zu produciren, und zweitens die Thatsache, dass es gelingt, die Bacillen mit ihren Hüllen im Rhinoscleromgewebe nachzuweisen.“

Indem ich mich an das Studium der histologischen Structur des Rhinoscleroms machte an der Hand von zwei eigenen Fällen (der erste — ein Rhinoscleroma nasi et laryngis, ein zweiter — Rhin. nasi et pharyngis) und an Gewebsstücken, welche von einem Kranken entnommen waren, dessen Krankheitsgeschichte von Dr. Bojew[7]) und Dr. Nikiforoff in Moskau veröffentlicht worden, fasste ich zunächst die Frage von der Entstehung und der Bedeutung der hyalinen Körper in Bezug auf Rhinosclerom ins Auge.

Hyaline Körper resp. hyaline Zellen habe ich in allen drei Fällen gefunden, freilich aber in sehr verschiedener Anzahl, und dies nicht blos bei den drei verschiedenen Subjecten, sondern auch in verschiedenen Gewebspartien, die von einem und demselben Kranken stammten.

Im ersten Falle fand ich in Stückchen aus der Nase ausschliesslich oder doch fast ausschliesslich Mikulicz'sche Zellen, wogegen die hyalinen Körperchen beinahe ganz oder mitunter auch ganz fehlten; dagegen waren in anderen Stückchen diese vorherrschend, während die Mikulicz'schen Zellen ausnahmsweise zu finden waren. Letzteres beobachtete ich hauptsächlich beim ersten Patienten an Gewebstheilen aus der Nase nach längerer Milchsäurebehandlung, gleichfalls an Schnitten von den wahren

[7]) Ein Fall von Rhinosclerom. Monatsschrift f. Ohrenheilk. No. 3, 1889.

Digitized by Google

Stimmbändern nach dem Tode des Patienten. Doch möchte ich gleich bemerken, dass bei dem betreffenden Kranken längere Zeit hindurch Erweiterung der Stimmritze mittelst englischer Catheter vorgenommen worden war. Endlich fand ich in einer dritten Reihe von Schnitten beide Arten vertreten, bald mehr, bald weniger zahlreich.

Bei meinem zweiten Patienten fand ich die hyalinen Körperchen äusserst spärlich vorhanden, wogegen die Mikulicz'schen Zellen durch ihre schöne Ausbildung und enorme Anzahl geradezu imponirten.

Im dritten Falle schliesslich fand ich beide Arten von Zellen in mässiger Menge.

Freilich bieten drei Fälle ein viel zu geringes Material, um auf Grund desselben endgiltig etwa folgenden Schluss ziehen zu wollen: Zwischen der Menge der Mikulicz'schen und der von den hyalinen Körpern besteht eine gewisse Wechselbeziehung, die so aufzufassen ist, dass, je mehr in einer Gewebspartie von den Mikulicz'schen Zellen vorhanden, gleichzeitig um so weniger hyaline Körper zu finden sind, und umgekehrt.

Ich erlaube mir hier, diesen Schluss nur deshalb ausgesprochen zu haben, um die Aufmerksamkeit künftiger Beobachter auf eine gewisse Beziehung beider Arten von Körpern gegen einander zu lenken.

Jetzt will ich zu der weit wichtigeren Frage von der Abhängigkeit der hyalinen Degeneration von der Einwirkung der Rhinosclerombacillen übergehen.

Die Lösung derselben konnte offenbar nur dann in positivem Sinne erwartet werden, wenn die Microben in allen oder wenigstens in den meisten hyalin degenerirten Zellen zu finden gewesen wären. Aber alle meine Bemühungen zur Erreichung dieses Zweckes durch einige Modificationen der Färbemethoden gaben keine ganz befriedigenden Resultate.

Freilich waren in vielen hyalinen Schollen und von einzelnen Gewebspartien, in den meisten von ihnen, namentlich beim ersten Pat., reichlich Bacillen resp. deren Residuen vorhanden; andere Gewebspartien (namentlich nach Milchsäurebehandlung) waren äusserst reich an hyalinen Schollen, an denen man deutlich wahrnehmen konnte, wie sich die hyaline Substanz um die einzelnen Bacillengruppen abgelagert und diese letzteren unter diesem Vorgange ihr characteristisches Aussehen eingebüsst hatten. Aber zugleich muss hervorgehoben werden, dass unter diesen eine beträchtliche Anzahl von hyalinen Körpern von Bacillen scheinbar vollkommen frei waren und in meinem zweiten und dritten Falle die überwiegende Mehrzahl ausmachten.

Bei dieser Arbeit drängten sich mir folgende interessante und werthvolle Thatsachen auf. Ich habe gefunden, dass diejenigen hyalinen Körper, die stets von Bacillen frei waren, sich von den übrigen Körpern auszeichneten: 1) durch auffallende Beständigkeit und Regelmässigkeit ihrer äusseren Form, indem dieselben vorherrschend in Kugelform, hin und wieder auch in elliptischer oder Halbmondform auftraten und 2) durch intensivste Färbbarkeit mit den üblichen Anilinfarben. Dieselben traten gewöhnlich als isolirte Kugeln von verschiedener Grösse oder auch in Gruppen von bald grösseren, bald kleineren Kugeln, oder selbst gleichzeitig von verschiedenem Caliber auf. Der Kürze halber will ich solche Gruppen von hyalinen Körpern „hyaline Kugeln" nennen.

Digitized by Google

Dagegen zeichneten sich die hyalinen Körper, in denen oft Bacillen vorhanden waren, aus 1) durch ihre äusserst variablen und unregelmässigen Formen, von denen blos Abbildungen eine Vorstellung geben könnten, 2) durch geringere Färbbarkeit mit Anilinfarben (Gentiana, Fuchsin) im Gegensatze zu den „hyalinen Kugeln", so dass man in der schwach gefärbten Substanz derselben die intensiv gefärbten Bacillen leicht wahrnehmen konnte. Zum Unterschiede von den hyalinen Kugeln möchte ich diese als „hyaline Schollen" bezeichnen. Doch muss man hier zugeben, dass weitaus nicht in allen Schollen dieser Kategorie Bacillen vorhanden waren, wohl aber in sehr vielen; und dennoch liegt der Gedanke sehr nahe, dass alle diese Schollen, selbst die bacillenfreien, ihre Entstehung den Microben verdanken, weil sie in microchemischer und morphologischer Beziehung alle gleichwerthig sind.

Jetzt drängte sich mir von selbst die Frage auf, welche Bedeutung diesen hyalinen Kugeln zukommt, und ob es, abgesehen von den oben angeführten Gründen, gerechtfertigt wäre, dieselben in eine besondere Gruppe auszusondern.

Eine befriedigende Antwort auf diese Frage geben einerseits die Arbeit Del Chiappa's, andererseits meine eigenen Controluntersuchungen, die ich an verschiedenen Objecten vorgenommen habe.

Aus der Beschreibung Del Chiappa's ist ersichtlich, dass seine bei Sycosis etc. gefundenen hyalinen Körper mit meinen hyalinen Kugeln identisch sind.

Als ich, um mich von der Richtigkeit der Angaben Del Chiappa's zu überzeugen, die Randpartien callöser Geschwüre (Ulcus callosum cruris) von 2 Patienten, von denen einer syphilitisch war, untersuchte, da fand ich in denselben zahlreiche hyaline Kugeln, die vollkommen identisch waren mit denen des Rhinoscleroms, auch fand ich jene elliptischen hyalinen Körper, welche Mibelli für Bacillen ansieht, die von einem „zweiten Mantel" aus hyaliner Substanz bedeckt sind

Aus Mangel an entsprechendem Material untersuchte ich probeweise einen Schleimpolypen der Nase, und es glückte mir, schon im ersten Schnitte hyaline Kugeln zu finden; daher dehnte ich meine Untersuchungen auf Schleimpolypen der Nase, Ohrenpolypen und adenoide Wucherungen aus.

Unter 21, von 17 Patienten entnommenen und von mir untersuchten Polypen gehören 9 (nach der Classification Hopmann's) zu den Schleimpolypen, 6 zu den polypösen Hyperplasien, 4 zu den gemischten und schliesslich 2 zu den Papillomen der unteren Muschel.

Die Objecte wurden in Alcohol gehärtet, die Schnitte mit den Ziel'schen Gentiana- und Fuchsinlösungen oder mit Methylviolett in Anilinwasser oder aber in $^1/_{10}$procent. Lösung caustischen Kali's gelöst, gefärbt und weiterhin nach Gram bearbeitet.

In allen 21 Polypen ohne Ausnahme waren hyaline Körper vorhanden, welche ihrer Form und Färbbarkeit nach vollkommen identisch waren mit den oben erwähnten „hyalinen Kugeln" des Rhinoscleroms. In ihrer Anzahl höchst variabel, waren dieselben offenbar vom histologischen Bau und dem Alter der Polypen abhängig. Am leichtesten waren sie, mit einigen Ausnahmen, in den Schleimpolypen zu finden. Die Anzahl der hyalinen Kugeln schwankte zwischen 1—2 Exemplaren in den einzelnen

Digitized by Google

Schnitten, ausnahmsweise aber bis 15 und 16 in einem und demselben Gesichtsfelde (bei geringer Vergrösserung). Häufiger fand ich sie an den peripheren Theilen des Polypen, seltener an den centralen Stellen; hin und wieder waren sie an einzelnen Abschnitten dichter gruppirt.

Viel ärmer an hyalinen Kugeln waren die polypösen Wucherungen und die gemischten Polypen.

In einem der beiden Papillome waren dieselben sehr zahlreich, im anderen äusserst spärlich vorhanden.

Von den adenoiden Wucherungen wurden 8 Exemplare (von 8 Personen) untersucht. In allen waren hyaline Kugeln vorhanden, doch in geringerer Menge.

Ohrenpolypen wurden 5 untersucht. In 2 älteren fanden sich hyaline Kugeln sehr zahlreich, in 2 jüngeren sehr spärlich. Im fünften, der sehr reich an Blutgefässen war, fand ich, trotz zahlreich angelegter Schnitte, keine einzige Kugel, sowie auch in dem Adenom, das vom knorpeligen Theile des Septi narium entfernt worden war.

Diese hyalinen Kugeln waren in morphologischer und microchemischer Hinsicht vollkommen identisch mit denen des Rhinoscleroms, sehr selten wurden auch hier, wie beim Rhinosclerom, elliptische und halbmondförmige Körper beobachtet. Auch hier waren sie in Zellenprotoplasma eingebettet, wobei sie den Zellenkern verdrängt hatten und schliesslich, nach Zellenruptur, frei geworden waren.

Die Amyloidreaction konnte ich an diesen Kugeln nicht constatiren.

Es folgt somit, dass die hyalinen Kugeln ein ganz gewöhnlicher Befund sind in den Nasenpolypen, adenoiden Wucherungen etc., ebensowohl wie im Rhinoscleromgewebe, und dass sie in einzelnen Polypen zahlreicher gefunden werden, als in manchen Fällen von Rhinosclerom. Daher hiesse es den Thatsachen Gewalt anthun, wollte man die Entstehung der hyalinen Kugeln ausschliesslich der Einwirkung der specifischen Rhinosclerom-Bacillen zuschreiben.

Somit wird auch klar, dass den hyalinen Kugeln, selbst wenn sie sehr zahlreich in einem Gewebe gefunden werden, absolut kein diagnostischer Werth zukommt.

Aber eine gewisse Bedeutung gewinnt die andere Kategorie von hyalinen Gebilden, die ich als „hyaline Schollen" bezeichnet habe. Da ich diese ausschliesslich beim Rhinosclerom gefunden habe, so glaube ich annehmen zu dürfen, dass das Vorhandensein derselben im zu untersuchenden Gewebe einen gewissen diagnostischen Werth besitzt, während das Fehlen derselben noch nicht gegen das Rhinosclerom zu verwerthen ist.

Auf Grund der mitgetheilten Thatsachen wird die Hinfälligkeit der Hypothese Mibelli's offenbar. Ich stimme diesem Autor bei, dass die Rhinosclerombacillen die hyaline Degeneration und die Entstehung eines Theiles der hyalinen Körper bewirken, fasse diesen Process aber etwas anders auf. Ich nehme an, dass nach dem Eindringen der Bacillen in das Protoplasma der Zellen das Schicksal dieser vollständig abhängt einerseits von der Widerstandsfähigkeit der Zellen, andererseits von der vitalen Energie der Bacillen.

Im ersten Falle werden sich die Bacillen in den Zellen vermehren

Digitized by Google

und die sogen. „hydropische Degeneration" ihres Protoplasma's, den Untergang der Zellen und deren Verwandlung in eine Colonie von Microben bewirken; im entgegengesetzten Falle werden die Zellen hyalin degenerirt, gehen schliesslich ebenfalls zu Grunde, aber dem gleichen Schicksale verfallen auch die Bacillen, indem sie in den „hyalinen Schollen" gleichsam begraben scheinen. Die hyaline Degeneration der Zellen wäre nach dieser Auffassung eine Aeusserung der vis medicatrix naturae, welche den befallenen Organismus vor einer grenzenlosen Vermehrung der Bacillen bewahrt.

Von diesem Gesichtspunkte aus erklärt sich ungezwungen, weshalb in einer Reihe von Fällen die „hydropische Degeneration" der Zellen vorherrscht, wogegen die hyalinen Körper sehr spärlich vorhanden sind, und weshalb in anderen Fällen (z. B. nach längerer Milchsäurebehandlung, Bougirung der Stimmritze) die hyalinen Körper, in denen Microben eingebettet sind, überwiegen.

Ist es richtig, so würde vielleicht das eingehende Studium der Ursachen, welche diese Degeneration herbeiführen, neue Anhaltspunkte für die Bekämpfung dieser hartnäckigen Krankheit ergeben.

Hier erlaube ich mir blos auf den Druck als einen solchen Factor hinzuweisen, dessen wohlthätige Wirkung bei Laryngostenose in Folge von Rhinosclerom schon häufig beobachtet worden ist.

Daher wäre es wünschenswerth, wenn methodisch angewendeter Druck auch fernerhin versucht werden würde, wo die Localisation des Rhinoscleroms dieses gestattet.

Experimentelle Untersuchungen zur Lehre der Kehlkopflähmungen.

Von

Dr. **A. Ónodi**,

Docent für Nasen-, Rachen- und Kehlkopf-Krankheiten in Budapest.

III.

Seit der Publication der zweiten Fortsetzung habe ich noch Experimente ausgeführt, welche, insgesammt an der Zahl acht, das gleiche Resultat gegeben haben, nämlich, dass in den Bahnen der Communicanten zwischen Plexus brachialis und Sympathicus, ferner in dem doppelten Grenzstrang zwischen unterem sympathischen Halsganglion und erstem Brustganglion vom Rückenmark kommende Fasern enthalten sind, welche an der Innervirung der Kehlkopfmuskulatur entschieden Theil nehmen. Es wurden sechs Experimente knapp nach dem Tode und zwei im lebendigen Zustande ausgeführt.

In einem nach dem Tode ausgeführten Experimente ergab die Reizung des Grenzstranges zwischen unterem Halsganglion und erstem Brustganglion immer eine Abduction des entsprechenden Stimmbandes. Diese Erscheinung konnte ich nur ein Mal beobachten.

Digitized by Google

Die früheren, in grosser Zahl ausgeführten Experimente haben gezeigt, dass nach dem Tode die Reizung der unteren Kehlkopfnerven immer nur zum Schluss der Stimmritze führten.

Die bezeichneten sympathischen Zweige verlieren früher ihre Leitungsfähigkeit nach dem Tode, als die unteren Kehlkopfnerven.

Mehrere Experimente habe ich ausgeführt mit der Durchschneidung beider Vagi, um das Verhalten der Stimmbänder und der Stimmritze zu beobachten.

Die Beobachtung war auffallend, indem die Stimmbänder bei der Exspiration sich rhythmisch der Mittellinie näherten und manchmal beinahe sich berührten. In einem Falle, wo unter dem Zungenbeine der Kehlkopfeingang geöffnet wurde, ist nach der Durchschneidung beider Vagi ein so heftiger Glottiskrampf eingetreten, dass eine Canüle zwischen die Stimmbänder gesteckt werden musste. In einem anderen Falle gab das Thier trotz der Durchschneidung beider Vagi hohe Töne. Bei all' diesen Experimenten blieben die unteren Kehlkopfnerven und die bezeichneten sympathischen Verbindungen intact.

Drei Experimente galten chemischen und mechanischen Reizversuchen der unteren Kehlkopfnerven.

In einem Falle wurde durch den Stamm beider unteren Kehlkopfnerven ein in Chromsäure getauchter Seidenfaden geführt. Die Stimmbänder haben ihre rhythmischen Bewegungen bei In- und Exspiration weiter gemacht, aber die Stimmritze konnten sie nicht mehr schliessen, die Stimmritze wurde allmählig immer grösser bis zur Cadaverstellung. Medianstellung der Stimmbänder ist nicht eingetreten, weder Contractur der Verengerer noch Reflexcontractur, obgleich der Laryngeus superior intact war.

Bei zwei Experimenten wurden beide untere Kehlkopfnerven in Sperrpincetten versetzt, es ist die Cadaverstellung der Stimmbänder eingetreten. Nach Entfernung der Pincette (5 — 6 Minuten) ist die rhythmische Bewegung der Stimmbänder langsam und allmählig wieder eingetreten. Es war weder Medianstellung noch Reflexcontractur zu beobachten.

In einem Falle, wo die beiden unteren Kehlkopfnerven in Sperrpincetten versetzt waren und Cadaverstellung eintrat, wurden nachfolgend beide Vagi durchschnitten, ohne die geringste Veränderung hervorzurufen.

* * *

Mehrere Experimente habe ich ausgeführt, welche die Thatsache ergaben, dass nach dem Tode die Nervenfasern der Erweiterer früher ihre Leitungsfähigkeit verlieren als jene der Verengerer. Zu diesem Zweck habe ich die einzelnen Nervenfäden isolirt und mit den isolirten Nerven bei vier Thiergattungen, u. zw. am Hunde, Schwein, Rind und Schaf, experimentirt. Die Experimente haben dasselbe Resultat ergeben, nur in dem Zeitraum war eine Differenz zu constatiren. Am lebenden Hunde konnte ich mit schwachen Strömen dasselbe erzielen, wenn die einzelnen Nerven chemisch gereizt wurden.

Digitized by Google

Bei allen an den vier Thiergattungen nach dem eingetretenen Tode vorgenommenen Experimenten war das Resultat beweiskräftig, dass die isolirten Nerven der Erweiterer, unter denselben äusseren Verhältnissen, am frühesten ihre Leitungsfähigkeit verlieren. Am schönsten war dies am Schafe zu beobachten; knapp nach dem Tode — die Präparation und Isolirung nahm 16 Minuten in Anspruch — konnte man mit schwachen und starken Strömen nicht die geringste Reaction der Erweiterer erzielen, da die blendend weissen, unverletzten, isolirten Erweitererfasern 16 Minuten nach dem Tode ihre Leitungsfähigkeit vollständig verloren hatten. Die directe Berührung der Erweiterer ergab sofort starke Contraction. Die isolirten Nerven der Verengerer leiteten ganz gut den Strom eine halbe Stunde nach dem Tode.

Die Thatsache, dass nicht nur die Erweiterer, sondern auch ihre Nerven früher absterben, ist eine experimentelle Bekräftigung der Rosenbach-Semon'schen Lehre.

* * *

Jelenffy hat behauptet, dass der Erweiterer auch im Stande wäre, den Stimmfortsatz der Arytaenoidknorpel nach innen zu drehen. Meine anatomischen und experimentellen Untersuchungen haben diese Hypothese nicht bestätigen können. Was anatomisch nicht zu constatiren war, hat auch das Experiment völlig ausgeschlossen. Ich habe am lebendigen Hunde ausser den Posticus und Lateralis alle Muskeln entfernt und den Stamm des Recurrens bei Controlle der Stimmbänder gereizt. Man konnte sich überzeugen über den vollständigen Antagonismus in der Wirkung beider Muskeln, bei der Reizung kam immer die Wirkung des stärkeren Muskels zur Geltung, je nachdem der eine oder andere Muskel durch Incisionen einzelner Muskelbündel geschwächt wurde, und wenn beide Muskeln fast gleich stark blieben, resultirte die Reizung eine neutrale Fixirung des Stimmfortsatzes des Arytaenoidknorpels.

(Fortsetzung folgt.)

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Bericht über die an der k. k. Wiener Universitäts-Klinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Josef Gruber im Jahre 1889 ambulatorisch behandelten Kranken. (Fortsetzung.)

Otitis media suppurativa chronica

kam in 803 Fällen zur Beobachtung und wurde nach den üblichen Prinzipien behandelt. Die zahlreichen Patienten, welche Fisteln über dem kurzen Fortsatze aufwiesen, wurden der Behandlung mit Ausspülung des oberen Trommelhöhlenraumes durch die Hartmann'sche Canüle unterzogen. War der Substanzverlust im Trommelfell und über dieses hinaus gegen

Digitized by Google

den Gehörgang hin sehr gross, wurde die Ausspülung des Atticus oder Antrums mitunter mit der Borsäureeinblasung in diese Räumlichkeiten combinirt. Es folgen hier zwei darauf bezügliche Krankengeschichten.

1) N., Schneider, stellt sich am 5. December wegen Ohrenflusses rechterseits vor, der seit März 1889 bestehe. Anno 1885 wurden Polypen aus demselben Ohre entfernt. Der Gehörgang zeigt sich mit Eiter erfüllt, das Trommelfell ist im hinteren oberen Quadranten perforirt, die innere Wand der Paukenhöhle von leicht granulirender Mucosa bekleidet. Die Nische des ovalen Fensters ist ohne Stapes sichtbar, aus dem oberen Trommelhöhlenraume kommen gelbgrünliche Epithelmassen; es werden Einträufelungen mit

Rp. Natr. carbon . . āā 0,50
Acidi carbolici . .
Aquae . . . . āā 10,00 verordnet.
Glycerini . . .

Nach täglichem Gebrauche dieses Medicamentes gelingt es am 9. December, ein erbsengrosses, weisses, perlmutterartig schillerndes Cholesteatom aus dem oberen Trommelhöhlenraume auszuspritzen. Jetzt zeigt es sich, dass der Kopf des Hammers fehlt, und von diesem nurmehr der Griff, in Verbindung mit dem Trommelfelle, erhalten ist. Es wird nun Borsäure in den oberen Trommelhöhlenraum eingeblasen. 15. December: Bei täglicher Ausspülung des oberen Trommelhöhlenraumes und nachträglicher Borsäure-Insufflation in denselben hat die Otorrhoe sistirt, sind die Granulationen an der inneren Paukenwand geschwunden und zeigt der Ueberzug derselben dieselbe sehnig-gräue Farbe, wie die sichtbaren Theile der Atticusauskleidung. 29. December: Nachdem bis heute keine Spur von Otorrhoe mehr wahrzunehmen war, wurde Patient geheilt entlassen mit der Weisung, von Vierteljahr zu Vierteljahr zur Untersuchung an die Klinik zu kommen.

2) P. M., Schulmädchen, 11 Jahre alt, leidet seit Monaten an Otorrhoe links. Links findet sich Zerstörung des Trommelfelles bis auf den Hammergriff. Die Mucosa tympani granulirend; nach hinten unten wuchert ein über erbsengrosser Polyp von drusiger Oberfläche in den Gehörgang hinein. Therapie: Luftdouche, Borsäure. 18. October: Bei dieser constant durchgeführten Behandlung ist der Polyp allmählig zur Schrumpfung gekommen, hat sich die Schleimhaut der Paukenhöhle geglättet, ist abgeschwollen, so dass man hinter dem Hammergriffe deutlich den langen Ambosschenkel und das Stapesköpfchen sehen kann. 29. November: Die Mucosa überall abgeschwollen, blass, sclerosirt. Flüstersprache 50 Ctm. Gr. glaubt, die Borsäure trage nicht bei zum Schwinden der Polypen, wohl aber könne ihre antiseptische Wirkung zum Erlöschen der Entzündung beitragen und so vielleicht indirect zum Schwinden von Granulationen; eine Erscheinung, die ja auch bei der Anwendung anderer antiphlogistischer Mittel beobachtet wird.

Otitis media suppurativa chronica cum polypo

kam 55 Mal zur Beobachtung. In einer Reihe von Fällen wurde experimenti causa die blosse Borsäurebehandlung behufs Erzielung der Schrumpfung der Polypen eingeleitet, und konnte in zahlreichen Fällen der Beginn derselben mit Sicherheit constatirt werden. In den meisten

Digitized by Google

dieser Fälle wurde aber dann doch zur Schlinge gegriffen, weil es sich um Individuen handelte, deren Beruf oder Stellung das tägliche Besuchen des Ambulatoriums durch längere Zeit nicht gestattete. Anbei folgt die Krankengeschichte eines Falles, wo ein erbsengrosser, drusiger Polyp durch die genannte Behandlung allein zur vollständigen Schrumpfung gelangte.

(Schluss folgt.)

Beiträge zur Frage von den Perforationen in der Membrana flaccida Shrapnelli mit Bemerkungen über die Bildung des Cholesteatoms. Von E. Schmiegelow in Kopenhagen. (Zeitschrift für Ohrenheilkunde XXI, 3. u. 4. Heft.)

Bezüglich der Entstehungsweise der Entzündungen im Shrapnellischen Raume ist Sch. der Ansicht, dass dieselben meist tubalen Ursprungs, und nicht, wie in letzter Zeit behauptet worden ist (Walb, Bezold, cf. diese Monatsschrift 1889, pag. 263), vom äusseren Gehörgange her fortgeleitet sind. Der Annahme des häufigen Vorkommens eines Foramen Rivini müsse er widersprechen auf Grund macroscopischer wie microscopischer Trommelfelluntersuchungen (Schnittserien), insofern er niemals auch nur eine Andeutung eines offenstehenden Foramen habe constatiren können; die Untersuchung in vivo aber gebe leicht Anlass zu Verwechselung taschenartiger Vertiefungen in der Membran mit Oeffnungen in derselben. Was aber die Fortpflanzung von Entzündungen im äusseren Gehörgang auf die Shr. Membran überhaupt betreffe, so sei die furunculöse und eczematöse Otitis ext. von vornherein ausgeschlossen, weil dieselben entsprechend der histologischen Beschaffenheit der Gehörgangshaut nur im knorpeligen, jedenfalls nicht im tiefsten Theil des knöchernen Meatus angetroffen würden. Dagegen könne wohl die an's Trommelfell angrenzende dünne, periostähnliche Haut des Gehörgangs durch Druck fremder Körper, speciell Ohrschmalzpfröpfe, exulceriren und auf diese Weise die Shr. Membran in Mitleidenschaft gezogen werden; doch seien diese Fälle jedenfalls seltene. Andererseits aber kann der Autor in der Isolirung und Fixirung der durch die Tube auf die Paukenhöhle fortgepflanzten Entzündung in der Membr. Shrapnelli nichts Auffälliges finden, wenn er die gleichfalls localisirten Entzündungen im Antrum und Warzenfortsatz hiermit vergleicht und dabei in Betracht zieht, dass ebenso wie dort, auch im Shr. Raume, in dem von Politzer beschriebenen und vom Autor gleichfalls nachgewiesenen Höhlensystem, die günstigsten Bedingungen zur Stagnation der Secrete gegeben sind, während in der übrigen Paukenhöhle selbst die Entzündung längst abgelaufen sein kann. — Eine weitere Ursache der langen Dauer der Entzündungen im Shr. Raume sei ferner die Tendenz derselben zur Cholesteatombildung. Gegen die neueste Theorie der Epidermiseinwanderung vom Gehörgange her hebt der Autor hervor, dass sich für eine solche nirgends eine Analogie finden lasse; dagegen weist er auf die Thatsache hin, dass oftmals durch den Druck stagnirenden Secrets Schleimhautepithelien in Hohlräumen eine metaplastische Veränderung erleiden, so dass die Schleimhaut einen ausgesprochen epidermoidalen Character annehmen kann und mit Rete Malpighii versehen wird. Solche einer metaplastischen Epidermoisirung günstigen Verhältnisse seien auch

Digitized by Google

im Ohr, und zwar besonders im Antrum, Warzenfortsatz, sowie im Shr.-Raume gegeben, doch könne derselbe Prozess auch an allen anderen Stellen der Paukenhöhle vor sich gehen. Durch massenhafte Abstossung und Retention der oberflächlichen Epithellagen komme es schliesslich zur Cholesteatombildung. — Verfasser stellt sich somit auf die Seite der Troeltsch'schen Anschauung über die Genese der Perlgeschwülste im Ohre. Keller.

Fremdkörper im Ohr. Von Prof. F. Bezold. (Berliner klin. Wochenschrift No. 26, 1888.)

Fremdkörper im Ohre werden oft nicht durch ihre einfache Anwesenheit gefährlich, sondern durch missglückte Extractionsversuche. Solche Fälle kommen öfter vor, als sie publicirt werden.

Bezold führt zehn Fälle aus der Literatur an, wo missglückte Extractionsversuche bei Fremdkörpern im Ohre Meningitis oder Sinusphlebitis mit tödtlichem Ausgange zur Folge hatten.

Es folgt dann die ausführliche Krankengeschichte eines Falles, wo ein 6jähriges Kind sich einen Johannisbrodkern in's Ohr gesteckt hatte und ein Arzt instrumentelle Extractionsversuche ohne Narcose vorgenommen hatte.

Bezold versuchte in Narcose bei herabhängendem Kopfe durch Wasserinjectionen, ferner mit scharfen Häkchen und Löffeln vergeblich zu entfernen. Als 30 Tage danach hohes Fieber, Schmerzen und Schwellung hinter dem Ohre, Taubheit und die Symptome einer beginnenden Meningitis eintraten, wurde der Warzenfortsatz eröffnet und zugleich ein Theil der hinteren knöchernen Gehörgangswand aufgemeisselt. Einige Stunden nach der Operation starb das Kind.

Die Section ergab Meningitis basilaris und es zeigte sich, dass der Fremdkörper sich innerhalb des knöchernen Sulcus auf den Boden der Trommelhöhle gesenkt und seine Spitze auf die Steigbügelplatte gedrückt hatte.

Die Reflexerscheinungen in entfernten Organen fasst Bezold nicht, wie andere Autoren, als Reflexneurosen, sondern als blosse Anfangssymptome von Meningitis auf.

Aus dem obigen Falle zieht Bezold folgende Schlüsse:

a) Ist ein Fremdkörper nach Rupturirung des Trommelfelles in die Trommelhöhle gelangt, und lässt eine bestehende hochgradige Schwerhörigkeit oder Taubheit auf Verletzung der Steigbügelplatte schliessen, so soll, wenn die Entfernung nicht anders möglich gewesen ist, die knöcherne hintere Gehörgangswand nach dem Vorschlage von Gruber abgemeisselt werden. Die Operation ist in diesem Falle lebensrettend, da es sonst durch directe Fortleitung von der Fenestra ovalis auf's Labyrinth, Aquaeduct. cochleae, Porus acuticus int. zur Meningitis kommt.

b) Ist noch Hörvermögen vorhanden, kann man bei Fruchtkernen eine Wasserentziehung durch Glycerin- oder Alcoholeinträufelung, und sonst eine Wasserinjection von der Tuba aus versuchen. Wenn schliesslich bei Vorhandensein eines Fremdkörpers im Ohre es zu Entzündungserscheinungen am Processus mastoideus gekommen ist, wird derselbe

Digitized by Google

aufgemeisselt und im Anschlusse daran die Abtragung der hinteren knöchernen Gehörgangswand mittelst Meissel, insbesondere bei Kindern, indicirt.

Zur bacteriellen Diagnostik und Prognostik der Mittelohreiterungen. Von Prof. Dr. Moos in Heidelberg. (Deutsche med. Wochenschrift No. 44, 1888.)

M. bestätigt durch drei genau ausgeführte Krankengeschichten die Richtigkeit der von Zaufal gemachten Beobachtungen:

1) Dass bei der gemeinen Otitis media acuta, welche in Begleitung von Nasencatarrh und Erkrankung der Luftwege auftritt, der Pneumoniebacillus Friedländer und der Diplococcus Fränkel-Weichselbaum eine wichtige Rolle spielen.

2) Dass die von der Otitis media suppurativa abhängigen ernsten Complicationen vom Streptococcus pyogenes veranlasst werden, der Nachweis desselben im Mittelohrsecrete daher von der grössten Wichtigkeit ist.

Der erste Fall betrifft einen Diabetiker mit Otitis media purulenta chronica dextra. Nach 5monatlichem Bestande derselben teigige Anschwellung am rechten Processus mastoideus. Wilde'scher Schnitt, dabei nur schwer durch Digitalcompression zu stillende Blutung. Heilung. In dem aus dem Warzenfortsatze entleerten Eiter finden sich zahlreiche Streptococcen und Diplococcen, insbesondere Diplococcus Fränkel-Weichselbaum.

Derselbe bacteriologische Befund ergab sich beim zweiten beschriebenen Falle von Otitis media acuta dextra, operirt wegen complicirender Entzündung des Warzenfortsatzes.

Der dritte Fall betrifft eine Otitis media suppurativa chronica mit Polypen- und Cholesteatombildung. Complicationen: Caries processus mastoidei, Sinusphlebitis, Meningitis basilaris, Kleinhirnabscess; Exitus letalis. Hier fanden sich grosse Massen von Streptococcen in den Cholesteatombildungen.

Die bacteriologischen Befunde an den beschriebenen 3 Fällen ergänzen demnach die erwähnten Angaben Zaufal's und beweisen ihre Wichtigkeit in Bezug auf die Stellung der Diagnose und Prognose bei Mittelohreiterungen.

---

b) Rhinologische:

Ueber adenoide Vegetationen. (Lymphoid Hypertrophy in the Pharyngeal Vault.) Von Jonathan Wright, Brooklyn, N.-Y. (The Journ. of the Am. Med. Assoc., 23. August 1890.)

Als neu möchten wir aus dem sehr ausführlichen Bericht nur hervorheben, dass Verf. die im Allgemeinen schmal gebaute Nase der Amerikaner, sowie den bedeutenden Temperaturwechsel ätiologisch mit verantwortlich macht für die Häufigkeit dieser Krankheit in der hiesigen Gegend. Er operirt mit der Zange von Gradle, Chicago. (Die Gottstein'sche Zange ist hier zu Lande noch ziemlich unbekannt, trotzdem sie so vorzüglich arbeitet. Ref.) W. Fr. (N.-Y.)

Digitized by Google

Ueber die Wichtigkeit der chirurgischen Behandlung des Nasenrachenraumes bei Catarrh desselben und des Mittelohres. (The Importance of Surgical Means Applied to the Naso-Pharynx in the Relief of Naso-Pharyngeal and Middle-Ear Catarrh.) Von C. W. Richardson, Washington, D. C. (The Journ. of the Amer. Med. Assoc., 13. Septbr. 1890.)

R. spricht für die Amalgamirung der beiden Specialitäten (Ohren und Nasen) und bricht noch einmal eine Lanze für die Behandlung der Nase und des Rachens bei sehr vielen Ohrenkrankheiten. (Es ist vielleicht für die Vereinigten Staaten zutreffend, wenn man sagt, dass 80 pCt. aller Ohrenkranken einer rhinologischen Behandlung bedürfen. Ref.)

W. Fr. (N.-Y.)

Deformitäten des Gesichts und des Thorax in Folge von Obstructionen durch adenoide Vegetationen. (Facial and Thoracic Deformities Incident to Obstruction by Adenoid Hypertrophy in the Naso-Pharynx.) Von W. E. Casselberry, Chicago, Ill. (The Journ. of the Amer. Med. Assoc., 20. Septbr. 1890.)

Die Beweisführung des Verf.'s ist eine sehr eigenthümliche und bedarf noch in manchem Punkte der Bestätigung. Er bespricht zunächst den eigenthümlichen Gesichts-Ausdruck bei Kindern mit aden. Vegetationen und erklärt dann, dass durch das Offenhalten des Mundes der Luftdruck auf die Mundfläche des harten Gaumens so gross ist, dass derselbe sich emporwölben muss. Ist dies der Fall, so wird das Septum zusammengepresst und es entsteht eine Deviation desselben. Diese hinwiederum verursacht eine Hypertrophie der Muscheln und jetzt beginnt dieser unheimliche Circulus vitiosus nach unten zu wirken. Wir bekommen Husten mit allen seinen Folgen. Zu diesen gehört der emphysematöse Thorax, die sogen. Hühnerbrust u. s. w. — Die flache Brust entsteht natürlich in Folge mangelhafter Athmung bei verstopfter Nase.

W. Fr. (N.-Y.)

Acute Abscesse der Nasenscheidewand mit bleibender Nasendeformation. (Des Abcès chands de la cloison nasale et d'une deformation nasale concomitante et définitive.) Von Dr. Gouguenheim. (Congrès international de Berlin und Annales des maladies de l'oreille No. 9.)

Seltene Fälle, von denen Verf. 3 beobachtete; ein 5- und ein 3jähr. Kind nebst einer 22jähr. Frau. Einseitig oder doppelseitig. Bei doppelseitigen ist die Naseneinsenkung unter den Nasenbeinen, sowie das Breiterwerden des Lobulus der Nase characteristisch; fluctuirende, ohne Speculum sichtbare Tumoren, die bei der Punction Flüssigkeit ergeben. Bei einseitigen fehlen diese Symptome, nur der Tumor ist sichtbar und die Nasenscheidewand ist auf der entgegengesetzten Seite nicht eingesunken. Bei hereditärer Anlage thut man gut, die bacteriologische Untersuchung des Eiters vorzunehmen, was auch bei der 22jährigen Patientin geschehen ist. Trauma lässt sich nicht immer nachweisen. Das Einsenken der Nase, welches gewöhnlich bleibt, kommt nicht von der theilweisen Zerstörung der knorpeligen Nasenscheidewand, wie Mackenzie und Moure behaupten, denn in den vorliegenden Fällen war der Nasen-

Digitized by Google

scheidewandknorpel unversehrt geblieben. Deformation tritt nur ein, wenn die knorpelige Scheidewand sich auf der Lamina perpendicularis oder dem Vomer luxirt, wie schon die Experimente von D. Mollière in Lyon bewiesen haben. Dr. P. K.

Käsige Coryza (Rhinitis cholesteatomatosa). (Coryza caséeux [rhinite cholestéatomateuse.) Von Dr. Wagnier. (Revue de laryngologie No. 20.)

Zuerst von Duplay beschrieben, sehr selten, so selten, dass manche Autoren sie gänzlich läugnen; sie entsteht auf ähnliche Weise, wie die Cholesteatome des Ohres durch Zurückhaltung des Secretes. Diese Massen spielen die Rolle eines Nasaltumors, sie können selbst perforiren; ihre Entfernung genügt zur Heilung. Dr. P. K.

Eigenthümlicher, angeborener Verschluss der Choanen. (Une fermeture singulière congénitale des choanes.) Von Dr. Onodi. (Revue de laryngologie No. 21.)

Ziemlich seltene Erscheinung, deren Entstehen noch nicht erklärt ist. Ein 18jähriger Mann zeigte einen theils knorpeligen, theils knöchernen Verschluss der rechten Choane; Heilung durch Galvanocauter.

Dr. P. K.

Reflexleiden von der Nasenmucosa ausgehend. Hysterische Anfälle durch Hypertrophie der unteren Nasenmuscheln hervorgerufen. Asthmatische Anfälle geheilt nach Entfernung von Schleimpolypen. (Des affections reflexes provenant de la muqueuse nasale. Crises d'hystérie dues à une hypertrophie des cornets inférieurs. Accès d'asthme disparaissant après l'ablation de polypes muqueux.) Von Dr. Polo. (Gazette médicale de Nantes und Revue de laryngol. No. 1.)

Obschon in letzter Zeit viel Missbrauch mit diesem Causalnexus getrieben worden ist, so giebt Verf. doch zwei unzweifelhafte Fälle, von denen der erste durch Brennen der unteren Nasenmuscheln, der zweite durch Entfernung von Schleimpolypen geheilt wurde. Dr. P. K.

Perforation der Nasenscheidewand bei den Cementarbeitern. (Perforation de la cloison des fosses nasales chez les ouvriers en ciment.) Von Dr. Foulerton. (The Lancet und Revue de laryngol. No. 1.)

Die Perforation sitzt constant an der Grenze des Septum osseum und Septum cartilagineum nahe am Boden der Nasenhöhle. Das einzige subjective Symptom besteht in einem leichten Nasenfluss.

Dr. P. K.

Zwei Fälle von Nasensteinen mit Bemerkungen über deren Aetiologie. (Deux cas de rhinolithiase avec remarques sur l'étiologie.) Von Dr. Ottokar Chiari. (Annales des maladies de l'oreille etc. No. 1.)

Eine 22jährige Dame hat einen Nasenstein rechts zwischen mittlerer Nasenmuschel und Septum; es konnte sich blos um syphilitische Knochen-

Digitized by Google

necrose oder um Nasensteine handeln. Der entfernte Fremdkörper zeigte ein Stück Kork, umgeben von einer harten Kreideumhüllung. Der zweite Fall betrifft ein 12jähriges Mädchen, welches einen Stein links zwischen unterer Muschel und Septum hatte; der Kern war durch ein Stückchen Holz und die Schaale aus Kreide gebildet. Verf. bemerkt, dass die kreidige Schaale und deren Umgebung in allen solchen Fällen eine Menge Cocci enthält, und fragt sich, ob diese Microorganismen nicht eine active Rolle bei der Bildung der kalkigen Kruste bilden; der Rhinolith bildet eine Anziehungsfläche für die Bacterien, welche aus dem Nasenschleim die Kalksalze ausziehen und selbe auf den Fremdkörper niederschlagen.

Dr. P. K.

Die Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase. (The removal of foreign bodies from the nose.) Von Johnson Taylor, Norwich. (Lancet, 8. Novbr. 1890.)

Nach einem in der Lancet vom 3. November 1888 gemachten Vorschlage wandte Verf. zur Entfernung eines Perlchens aus der Nase den halbseitigen Politzer auf der gesunden Seite mit sehr gutem Erfolge an.

Dr. M. Schm.

Tic douloureux in Folge einer Exostosis des Septum narium. (Tic Douloureux Resulting from an Exostosis on the Septum Narium.) Von E. M. Gilliam, Columbus, O.

Entfernung einer Exostosis septi narium verursachte in diesem Falle permanente Heilung von Tic douloureux, nachdem vorher die Dehnung des Nervus supra- und infraorbitalis mit nur zeitweiliger Besserung ausgeführt worden war. W. Fr. (N.-Y.)

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Die Nerven-Versorgung des Geschmackssinnes. (The Nerve-Supply of the Sense of Taste.) Von John Ferguson, Toronto. (Medical News, 18. October 1890.)

Bei einem an Phthisis pulmonum leidenden Patienten zeigte sich seit 2 Jahren Verlust des Geschmacks auf der linken Seite der Zunge, bis zur Spitze hinreichend. Der hintere Theil der Zunge jedoch und der Schlund waren geschmacksempfindlich. Der Exitus letalis trat bald ein und es zeigte sich in der Fossa scaphoidea eine kleine Exostosis, welche auf den Nervus vidianus gedrückt und ihn so zerstört hatte. Die Degeneration hatte auch beide Aeste des N. vidianus ergriffen, war vom N. petrosus major auf die Chorda tympani übergegangen, von dort auf den Zungenast des 3 Zweiges des Trigeminus und dann auf den N. lingualis.

Dieser Fall beweist, dass die Geschmacksnerven-Versorgung für die Spitze und den vorderen seitlichen Theil der Zunge durch den Trigeminus geschieht. Ferner ist ersichtlich, dass der N. vidianus kein motorischer ist, und endlich, dass die Chorda tympani keine Geschmacksfasern ent-

Digitized by Google

hält für den hinteren Theil der Zunge und den Schlund. In Fällen also, wo in Folge einer Mittelohrenentzündung Geschmacksverlust an diesen Theilen eintritt, muss die Veranlassung irgend wo anders liegen. Verf. glaubt, dass die Fortleitung nur durch den Plexus tympanicus auf den Trigeminus und den Glosso-pharyngeus geschehen könne.

W. Fr. (N.-Y.)

Psoriasis der Zunge. (Psoriasis of the Tongue.) Von Max Thorner, Cincinnati, O. (The Cincinnati Lancet-Clinic, 24. Januar 1891.)

Demonstration eines interessanten Falles, der zufällig bei einem an Laryngitis leidenden Patienten gesehen wurde. W. Fr. (N.-Y.)

Bemerkungen über Zerstörung der Geschmacks-Empfindung nach Amputation der Zunge. (A Note upon Disturbance of the Sense of Taste after Amputation of the Tongue.) Von Frederik Peterson, New-York. (Medical Record, 30. August 1890.)

Nach den Untersuchungen des Verf.'s an 2 Männern, denen wegen Epithelioms die Zunge amputirt war, zeigte sich, dass in beiden Fällen die saure Geschmacks-Empfindung verloren gegangen war. Sonst waren Variationen in Bezug auf den Ort und die Intensität derselben vorhanden, ohne dass sich bestimmte Regeln für die einzelnen Geschmacks-Empfindungen aufstellen liessen. Jedoch scheint es, als ob auch an der Epiglottis Geschmacks-Papillen vorhanden wären. Das Geruchs-Vermögen war in dem einen Falle nach der Amputation gänzlich erloschen.

W. Fr. (N.-Y.)

Ein Fall von Hemiglossitis phlegmonosa. (A Case of Hemi-Glossitis Phlegmonosa.) Von Charles H. Knight, New-York. (Medical Record, 30. August 1890.)

Absolute Unbeweglichkeit der Zunge. Sehr starker Foetor ex ore. Rechte Zungenhälfte verdickt, hart und äusserst empfindlich. Tonsillen gross und entzündet. Ausserdem war die äussere Haut vom Kinn bis zum Os hyoid. braun verfärbt, geschwollen und schmerzhaft. Nach der Entleerung von Eiter — woher derselbe stammte, konnte nicht eruirt werden — verschwanden alle Symptome schnell. W. Fr. (N.-Y.)

Ueber aphtöse infectiöse Stomatitis. (De la stomatite aphteuse infectieuse) Von Dr. Hirtz. (Journal de méd. et de chirurgie pratique und Revue de laryngologie No. 5.)

Schüttelfrost, Prostration, Fieber, Albuminurie, Schlaflosigkeit, Hauteruptionen, selbst Abscesse. Im Anfangsstadium Tampons von feiner Watte, welche mit einer Mischung von 1 procent. Natron salicylicum und 2procentiger Cocainlösung getränkt sind. Inhalationen von Althea mit Papaver, adstringirende Gurgelwässer, Chinin, Morphiumeinspritzungen, Naphtol und salicylsaures Bismuth als Darmantisepticum, Eier, Milch.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Eine einfache und wirksame Methode zur Anaesthesirung der Pharynx-Tonsille. (A Simple and Effective Method of Anaesthetizing the Pharyngeal Tonsil.) Von J. E. Boylan, Cincinnati, O. (The Journ. of the Amer. Med. Assoc., 23. August 1890.)

Das Instrument ist eine in gehöriger Weise abgebogene subcutane Injectionsspritze. Wenn man den an der Spritze befindlichen Kolben loslässt, federt die mit einem Schilde versehene Spitze hervor und man kann mit Leichtigkeit jede beliebige Flüssigkeit injiciren.

W. Fr. (N.-Y.)

Gefahrdrohende Blutung nach Tonsillotomie. (Hemorrhage following Tonsillotomy.) Von Max Thorner in Cincinnati. (Cincinnati Medical Society, Sitzung vom 16. Septbr. 1890. — Cincinnati Lancet-Clinic, 18. October 1890.)

23jähr. Mann, der schon eine Zeit lang wegen chronischer Otitis externa in Behandlung gestanden hatte. Tonsillen enorm vergrössert. Entfernung derselben mittelst des Physick'schen Tonsillotoms. Die Blutung unmittelbar danach etwas stärker als gewöhnlich, aber nicht beunruhigend. Den folgenden Morgen berichtet Pat., dass die Blutung die ganze Nacht hindurch angehalten habe. Die Untersuchung ergab, dass das Blut aus dem Tonsillenstumpf der rechten Seite heraussickerte. Während nun Anstalten getroffen wurden, um die Blutung zu stillen, wurde Pat. ohnmächtig, wobei die Blutung stand, ohne später wiederzukehren.

Th. zieht die Mackenzie'sche Modification des Physick'schen Tonsillotoms allen anderen Instrumenten vor. Nur bei harten, vergrösserten Mandeln sei vielleicht die Abtragung mittelst Galvanocaustik am Platze, aber auch nicht ganz ohne Gefahr. Das Verfahren mittelst Galvanopunctur sei langwierig und schmerzhaft, und nur in gewissen Ausnahmsfällen rathsam. Bei Anwendung der galvanocaustischen Schlinge sei Anätzung der Pharynxwand nicht zu vermeiden und das Verfahren daher ein grausames.

Discussion: Fitzpatrick hat eine sehr starke Blutung auftreten sehen bei einem 11jährigen Kinde, dem vergrösserte Tonsillen von sehr fester Consistenz exstirpirt worden waren. Die Blutung stand schliesslich von selbst. Er zieht ebenfalls die Guillotine allen anderen Instrumenten vor. — Thompson erwähnt den Fall eines erwachsenen Negers, bei welchem am vierten Tage nach der Operation eine arterielle Blutung aus dem Stumpfe auftrat. Sie wurde durch Anwendung von Stypticis gestillt. — Holmes hat einen Fall von arterieller Blutung nach Tonsillotomie und einen zweiten von ebenfalls arterieller Blutung nach Galvanopunctur der Tonsille, die von einem anderen Arzt ausgeführt worden war, zu beobachten Gelegenheit gehabt. A. Sch. (N.-Y.)

Digitized by Google

Blutungen nach Tonsillotomien nebst Beschreibung eines galvanocaustischen Tonsillotoms. (Haemorrhage after Amygdalotomy, with a Description of a Galvano-Cautery Amygdalotome.) Von Jonathan Wright, Brooklyn. (The New-York Med. Journal, 30. August 1890.)

Um die Gefahr der Nachblutungen nach Tonsillotomien zu beseitigen, hat Verf. an dem Mackenzie'schen Tonsillotom einen Platindraht so angebracht, dass er damit die Mandeln galvanocaustisch abschnüren kann. (An Stelle des schneidenden Messers ist nichtleitendes Material genommen worden.) Ob man mit einer einfachen galvanocaustischen Schlinge in vielen Fällen nicht dasselbe erreichen kann, möchten wir dahingestellt sein lassen.

W. Fr. (N.-Y.)

Salol bei Tonsillitis und Pharyngitis acuta. (Salol in acute Tonsillitis and Pharyngitis.) Von Jonathan Wright, Brooklyn. (The Am. Journ. of the Med. Sc., August 1890.)

Verf. stimmt mit Thorner, der zuerst die Anwendung des Salols empfohlen hat, überein, dass dieses ein sehr werthvolles, namentlich schmerzstillendes Mittel sei. Wright stellte eine Reihe von Versuchen mit dem Salol an und kommt zu denselben Resultaten und Schlussfolgerungen, wie Thorner und Gouguenheim. (Es sei übrigens hier bemerkt, dass G. zwei Jahre nach Thorner das Salol als ein ganz neues Mittel anpries, ohne den Namen und die Arbeit Thorner's zu erwähnen. Ref.)

W. Fr. (N.-Y.)

Eine Diphtherie-Epidemie. (An epidemie of diphtheria.) Von H. G. Lys, Bournemouth. (Lancet, 8. November 1890.)

Verf. hatte Gelegenheit, in einem District, in welchem die Bewohner sehr zerstreut wohnen, eine Epidemie von 110 Fällen zu beobachten. Er hat dabei ganz interessante Studien über Incubation und Infection machen können. Die erstere dauerte in einigen Fällen 20—36 Stunden. Es kamen Ansteckungsfälle vor, nachdem die Krankheit schon 3—4 Wochen vorüber gewesen, einer wurde im März von einer im October befallen gewesenen Familie inficirt. Die Quelle der Infection war deutlich nur der persönliche Verkehr; die sanitären Verhältnisse in dem District waren ausgezeichnete. Fünf Mal war der Larynx befallen, einmal die Nase und einmal kam Lähmung als Nachkrankheit zur Beobachtung. Es starben elf, darunter drei an Laryngitis, einer an Ausbreitung auf die Luftwege und sieben an Herzparalyse.

Dr. M. Schm.

Ein seltener Fall von allgemeiner Diphtherie. Von Dr. Moritz Gonda, Csóka. (Orvosi hetilap No. 14, 1890.)

Bei einem 12jährigen Mädchen, welches an Scarlatina erkrankt war, trat eine ausgebreitete Diphtherie der Rachen- und Mundschleimhaut auf, zu welcher sich bald Diphtherie der Nasenhöhle gesellte. In wenigen Tagen darauf war jedoch der diphtheritische Process auch

Digitized by Google

an den Schamlippen aufgetreten und am nächsten Tage waren ähnliche Veränderungen an den Ellbogen, an sämmtlichen Nagelgliedern und an den Fussknöchelchen zu finden. Der interessante Fall endete am zehnten Tage der Erkrankung letal, und wenn auch die Necroscopie nicht vorgenommen werden konnte, will Verfasser doch aus den hochgradigen Veränderungen der Hautdecke auch auf grössere Destructionen der inneren Organe schliessen. Von besonderem Interesse hält Verfasser den Umstand, dass die diphtheritischen Zerstörungen nicht nur die Schleimhäute betrafen, sondern auch an der Hautdecke vorkamen, welche einer Necrobiose der letzteren gefolgt waren. Szenes.

Accomodations-Lähmung nach Rachen-Diphtherie. Von Dr. Kocsis, Budapest. (Szemészet No. 2, 1890.)

Der interessante Fall betrifft ein 9jähriges Mädchen, bei dem zwei Mal täglich Einträufelungen in's Auge mit einer 1procentigen Pilocarpin-Lösung gemacht wurden, und schon nach vierwöchentlicher Behandlung trat vollkommene Genesung ein. Szenes.

Ueber den Werth der Tracheotomie bei Croup. Von Dr. Felix Szontagh, Budapest. (Gyógyászat No. 13—15, 1890.)

Verf. hatte Gelegenheit, in 30 Fällen von Croup die Tracheotomie auszuführen, und heilten zwar nur 6 Fälle, doch einzig und allein nur durch die Tracheotomie. Bezüglich des Eingriffes giebt auch Szontagh der Tracheotomia inferior den Vorzug, weil dieselbe nicht nur einen Weg für die Luft schafft, sondern auch die locale Behandlung der Luftröhre und Bronchien ermöglicht. Wo es möglich war, wurde die Operation in Chloroform-Narcose vollführt. Bezüglich des Stadiums, wann die Operation zu geschehen hat, betrachtet Verfasser dieselbe als ultimum refugium und erwähnt zwei Fälle, wo trotz scheinbar unumgänglich nöthiger Operation doch Heilung ohne dieselbe eintrat, ferner war in einem anderen Falle, wo die Athmung bereits aufgehört hatte und nur noch Herztöne hörbar waren, das Leben durch Tracheotomie und künstliche Athmung gerettet worden. Bei Kindern unter 3 Jahren hält Verf. die Prognose der Operation für nahezu absolut ungünstig und ist es auch von Wichtigkeit für die Prognose, wie weit der Process in den Luftwegen vorgeschritten ist. Nach Besprechung der Complicationen dieses Eingriffes und des Verlaufes nach demselben kommt Verf. schliesslich zu der von O'Dwyer empfohlenen Intubation, über die er zwar keine eigenen Erfahrungen besitzt, doch sei auch hier der Procentsatz der geheilten Fälle kein grösserer und wäre der einzige Vortheil, dass zu diesem nicht blutigen Eingriffe die Zustimmung der Eltern leichter zu erhalten ist. Szenes.

Laryngoscopisches Bild bei Croup. (L'image laryngoscopique dans le croup.) Von Dr. Piniaczek. (Journal of laryngol. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 8.)

Während der Dyspnoe sei die laryngoscopische Untersuchung bei Kindern leicht; man unterscheidet drei Typen: 1) Stimmbänder in der

Digitized by Google

Phonationsstellung, welche durch das angestrengte Athmen noch mehr zunimmt; 2) man kann die roth angeschwollenen und mit Pseudomembranen bedeckte Glottis und den subglottischen Raum sehen; 3) manchmal sind die Mucosa und die Stimmbänder mit Pseudomembranen bedeckt, aber letztere behalten ihre gewöhnliche Beweglichkeit. Verf. schliesst hieraus, dass die Larynxstenose theils aus der Medianstellung der Stimmbänder, theils aus der Geschwulst selbst, theils aus beiden zugleich besteht

Dr. P. K.

Laryngitis haemorrhagica und Influenza. (La laryngite hémorrhagique et l'influenza.) Von Dr. Salvatore Marano. (Arch. ital. di laryngol. und Revue de laryngol. No. 18.)

Verf. giebt 3 Fälle von Laryngitis haemorrhagica bei Influenza, welche mit Stimm- und Schlingstörung verliefen. Die Dysphagie ist das einzige Symptom, welches die Influenza-laryngitis-haemorrhagica von der gewöhnlichen unterscheidet.

Dr. P. K.

Behandlung der Larynxphthise mittelst Resorcin. (Du traitement des ulcerations du larynx par la resorcine.) Von Dr. Tymowsky. (Revue de laryngol. No. 18, 1890.)

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Unter günstiger Hygiene genügen Ruhe und flüssige Nahrung, um einfache Erosionen und sogar oberflächliche Geschwüre zu heilen. 2) Bestehen tiefere Geschwüre und Infiltrationen, so müssen ausserdem Cocain und alcalische Inhalationen angewandt werden; ist die Entzündung zurückgegangen, so wird mit Erfolg Acidum lacticum (50 — 80procentig) oder Resorcin (80procentig) angewandt. 3) Jodoform, soll es nützen, muss 2 Mal täglich angewandt werden und nur, wenn die Geschwüre stark granuliren. 4) Resorcin, 80procentig, ist am bequemsten, weil es schmerzlos ist und nur täglich ein Mal angewandt zu werden braucht 5) Bei offenbar tuberculösen schmutzigen Geschwüren muss das Resorcin 120procentig angewandt werden und wirkt dann sicher; dabei kann das Cocain erspart werden und können Inhalationen von Resorcin 2 — 5procentig angewandt werden. Resorcin wirkt also antipyretisch, antiseptisch und haemostatisch, innerlich (3—5 Gramm pro die) sowohl, als äusserlich. Resorcin wird übrigens schon lange bei chronischen, ulcerösen, recidivirenden Hautprocessen (Unna) angewandt.

Dr. P. K.

Ueber die scleröse und wuchernde Laryngitis tuberculosa. (De la laryngite tuberculeuse à forme scléreuse et végétante.) Von DDr. Gouguenheim und Glower. (Annales des maladies de l'oreille No. 8, 1890.)

Verff. kommen in Bezug auf die chirurgische Behandlung dieser Art von Phthisis laryngea zu folgenden Schlüssen: 1) Die in kurzen Zwischenräumen angewandten schneidenden und zerquetschenden Instrumente bringen keine Gefahr, wenn sie von geübter Hand gehandhabt werden. 2) Es liegt also auf der Hand, dass man obige Instrumente behufs Entfernung der pathologischen Gewebe anwendet. 3) In einigen Fällen lässt

Digitized by Google

man sogar mit Erfolg die Entfernung des krankhaften Gewebes mittelst oben genannter Instrumente durch die Curettage vervollständigen, indem so die käsigen Herde entfernt werden und aus einer kranken Wunde eine gesunde, heilende gemacht wird.

Verff. geben dann die pathologische Anatomie, die Symptomatologie, die Diagnose und die Behandlung des Leidens; die drei erstgenannten Capitel geben nichts Neues und beziehen sich auf eine frühere ausführliche Arbeit von Gouguenheim und Tissier. Was die Behandlung betrifft, so unterscheiden die Verff.: 1) die vorhergehenden antiseptischen Bepinselungen, welche nicht mit dem Pinsel, sondern mit der Spritze vorsichtig ausgeführt werden; man benutzt eine Mischung 20procentiger Menthol- und 10procentiger Creosotlösung (ölige), welche während zwölf Tagen Morgens nüchtern eingespritzt wird; der Kranke muss gleich nachher tief inspiriren; 2) 10 Minuten vor dem wirklichen Curettement wird eine letzte Einspritzung und dann gleich darauf die Anästhesie mittelst 20procentiger Cocainlösung gemacht. Verf. wenden Instrumente, welche denen von Krause und Morell Mackenzie ähnlich sind, an. Die Folgen der Operation sind gewöhnlich leicht zu ertragen, wenn absolute Ruhe, Eisschlucken und eiskalte Getränke folgen; 3) die Nachbehandlung besteht in 2maligem Einblasen von Jodoform am Tage der Operation und in Einspritzen mit der Creosot-Menthollösung während dreier Tage; droht Recidive, so wendet man die Milchsäure an. Auf diese Weise lassen die Kranken sich die Operation recht gut gefallen, eintretenden Falles lassen sie selbe gern wiederholen; die Tracheotomie wird so fast immer umgangen. Dr. P. K.

Chirurgische Behandlung der kleinen, am freien Rande der Stimmbänder flach aufsitzenden Tumoren mittelst einer speciellen Cürette. (Traitement chirurgical des petits néoplasmes scssiles du bord libre des cordes vocales au moyen d'une curette spéciale.) Von Dr. Luc. (France médicale und Revue de laryngol. No. 18.)

Das Instrument besteht in einer Raute, deren lange Axe der Axe des Instrumentengriffes entspricht und deren 4 Seiten durch eben soviel nach innen scharfe Lamellen bestehen. Diese vier, 2 Millimeter breiten Seiten der Raute befinden sich nicht in derselben Ebene, sondern sind etwas schief und bilden so die obere und untere Fläche eines kaum bemerkbaren, abgeschnittenen Kegels; die stumpfen Ränder der Seiten der Raute bilden die Basis, währenddem die scharfen Ränder die obere abgeschnittene Fläche bilden. Die Handhabung des Instrumentes ist leicht zu begreifen. Dr. P. K.

Zwei Fälle von Larynxstenose. Tracheotomie, Trennung (der Adhaesionen), Heilung. (Two Cases of Stenosis of the Larynx. — Rapid Tracheotomy, Divulsion, Recovery.) Von Emil Mayer, New-York. (Medical Record, 27. September 1890.)

Zwei geheilte Fälle von syphilitischer Larynxstenose, die nichts Aussergewöhnliches darbieten. Die O'Dwyer'schen Tuben wurden nicht vertragen, da man noch nicht die sehr angenehm wirkenden Hartgummiröhren zur Anwendung gebracht hatte. W. Fr. (N.-Y.)

Digitized by Google

Zur Diagnose der malignen Tumoren der Schilddrüse. (Du diagnostic des tumeurs malignes du corps thyroide.) Von Prof. Dr. Albrechts. (Allgem. Wiener med. Zeitung und Gazette médicale de Liége No. 21.)

Die guten Resultate der Exstirpation der gutartigen Schilddrüsentumoren machen eine sichere Differentialdiagnose zwischen guten und bösartigen Tumoren zur dringenden Nothwendigkeit. Die Symptome der malignen Tumoren sind folgende: 1) Schnelles Wachsen eines bis dahin kleinen oder gar latenten Tumors. 2) Hartwerden des ganzen Tumors. 3) Ausstrahlende Schmerzen. 4) Gewisse Parästhesien. 5) Seltener Motilitätsstörungen der betreffenden oberen Extremität. 6) Erweiterung der oberflächlichen Venen der Regiones sternalis und sternoclavicularis. 7) Adhärenzen mit den Nachbargeweben. 8) Seltener Lähmung des betreffenden Stimmbandes. 9) Dysphagie, nicht wegen Compression, sondern wegen Verwachsung der Constrictoren mit dem Tumor. 10) Sympathicussymptome: Dilatation, seltener Contraction der Pupille. 11) Bildung eines ausgesprochenen Venennetzes auf dem Tumor. 12) Ulceration sehr selten. 13) Metastasen in vorgeschrittenen Fällen. Dr. P. K.

Intubation. Referirt in der Lancet, 8. Novbr. 1890.

Dr. Waxham veröffentlichte im Journ. of the americ. Assoc. 1890, 11. Oct., einen Aufsatz über die chirurgische Behandlung des Croup. Zu den bereits von ihm veröffentlichten 150 Fällen kommen aus seiner Privatpraxis noch 135 mit einem Gesammtheilungsergebniss von 35 pCt. In den ersten 150 Fällen hatte er 27,33 pCt. Heilungen, in den letzten 135 aber 43,70 pCt. Zur Nachbehandlung empfiehlt er mit Daly Calomel auf's Angelegentlichste. Dr. M. Schm.

Kehlkopfgeschwür mit Emphysem unter der Halshaut. (Ulceration of the larynx associated with emphysema subcutaneum.) Von Dr. Montague Murray, London. (Lancet, 29. Novbr. 1890.)

In dem Larynx befand sich unter dem hinterem Ende des rechten Stimmbandes ein rundes Geschwür von unbekanntem Ursprunge. Das 13 Monate alte Kind litt ausserdem an interstitieller und Bronchopneumonie. Zwölf Stunden vor dem Tode trat ein subcutanes Emphysem auf der rechten Halsseite auf, das sich nachher noch bis auf die Wange erstreckte. Von Wilks und von Ziemssen sind ähnliche Fälle nach Typhus beschrieben. Dr. Lunn hat auch einen Fall, wie den beschriebenen, nach Typhus gesehen. Verf. zeigte das Präparat in der Pathological Society of London. Dr. M. Schm.

Eine neue Art von Kehlkopf- und Bronchialbehandlung mittelst eines Spray und einer Röhre während tiefen Einathmens. (A new method of laryngeal and bronchial medication by means of a spray and tube during the act of deep inspiration.) Von Dr. Mount Bleyer, New-York. (Journ. of the Amer. med. Association, 1. Novbr. 1890.)

Das Instrument ist ein nach unten zerstäubender Apparat, der durch eine Hartgummiröhre in den Mund eingeführt wird. Verf. rühmt an

Digitized by Google

dieser Art, dass kein Husten oder Krampf dadurch erzeugt würde und dass die Flüssigkeit sehr tief in die Luftwege eindringe.

Dr. M. Schm.

Glücklicher Ausgang einer Larynxfractur. (Un cas de fracture du larynx terminée heureusement.) Von Dr. Sokolowsky. (Journal of laryng. and rhin. und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 8.)

Larynxfractur bei einem 20jährigen Mädchen durch zufällige Strangulation mittelst der Schürzenschnur. Das Laryngoscop zeigte die Stücke des zerbrochenen Schildknorpels in den Larynx hineinragen und die Dyspnoe bedingen. Laryngotomie nebst Cricotomie und Einführen der Canüle; Patientin athmete frei. Nach 4 Wochen bestand die Larynxstenose noch; eine später ausgeführte Larynxfissur half nicht und musste Patientin die Canüle weitertragen. Dr. P. K.

Ein neuer Kehldeckelheber. (A new epiglottic retractor.) Von Dr. Mount Bleyer, New-York. (Lancet, 3. Januar 1891.)

Verf. hat schon vor einigen Jahren einen solchen angegeben. Der neue ist nach der Abbildung viel dünner und vielleicht dadurch noch practischer. Die frühere Form hat Ref. wiederholt mit gutem Erfolge namentlich auch bei Kindern angewendet. Er ist zu haben bei Messrs. George Tiemann & Co., New-York City. Dr. M. Schm.

Möglichkeit der Einspritzung in die Trachea beim Menschen behufs Einführung von Medicamenten. (Possibilité des injections trachéales chez l'homme comme voie d'introduction médicaments.) Von Dr. Ricardo Botey. (Académie des sciences de Paris, 21. Juli 1890 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 8.)

Wundersamer Weise ist diese Methode noch nicht viel bei Thieren, noch viel weniger beim Menschen probirt worden. Schon im Jahre 1816 probirten zwei Schüler der Thierarzneischule von Lyon, ein Pferd durch Wasserinjectionen durch die Haut in die Trachea zu tödten; sie mussten zu ihrem grössten Erstaunen 32 Liter einspritzen, ehe das Thier zusammenbrach: Ein Beweis, wieviel die Mucosa der Respirationsorgane Flüssigkeit fassen und ungestraft aufsaugen kann. Die Schleimhaut der Trachea und der Bronchien ist also nicht blos ein gutes Aufsaugefeld für die Gase, sondern auch für die Flüssigkeiten. Bichat erzählt die Geschichte, wo bei seiner Ankunft des Morgens ins Hôtel Dieu sein Assistent die Magensonde in des Patienten Trachea, statt in die Speiseröhre eingeführt und eine grosse Quantität Fleischbrühe eingegossen hatte, ohne dass schlimme Folgen auftraten; die Flüssigkeit wurde schnell aufgesaugt.

Nach Collin beruht diese Resorptionsfähigkeit der Mucosa der Luftwege auf folgenden Punkten: 1) der grossen Ausdehnung der Mucosa, 2) auf deren geringer Dicke, indem das Capillarnetz ganz oberflächlich liegt, 3) auf der Beschaffenheit der Epithelschichte, welche in den kleinen Bronchien blos aus einer einzigen Lage cylindrischer Zellen und in den

Digitized by Google

Lungenalveolen blos aus einer Schichte glatter Zellen besteht, 4) auf der Herzbewegung und dem Inspirium, durch welche beiden Gase, Dämpfe und Flüssigkeiten leichter durch die zahlreichen, die Lungenalveolen und die Bronchialendigungen umgebenden Blutgefässe aufgesaugt werden.

An Resorptionsfähigkeit stehen die Mucosa des Darmcanals und das Unterhautzellgewebe viel weiter zurück. Abgesehen vom Larynx und von der Trachea, ist die Sensibilität der Mucosa der Luftwege sehr gering; die Reflexe sind unbedeutend, wie das physiologische Experiment beweist. Schon Bouchard betont in seinem Handbuche über die Antisepsis diese Eigenschaft der Respirationsmucosa.

Verf. hat Experimente an Kaninchen, an sich selbst und an einer syphilitischen Patientin gemacht; die Hauptsache bei den Injectionen ist, dass die Flüssigkeit langsam an der vorderen Trachealseite herabfliesst und der zugleich einströmenden Respirationsluft Platz genug übrig lässt. Man fühlt leicht mit der bis an die Trachea eingeführten Pravaz-Nadel, ob man auf einen Trachealring oder zwischen zwei Trachealringen ist; ist die Canüle zwischen zwei Trachealringen in die Trachea gedrungen, so fühlt man es ebenfalls recht gut. Diese zwei Anhaltspuncte verhindern einerseits, einen falschen Weg einzuschlagen und andererseits, die hintere Trachealwand anzustechen.

Man kann also dreist einige Cubikcentimeter Flüssigkeit in die Lungen durch die Trachea einspritzen; die Medicamente werden rasch und ohne Zersetzung absorbirt, weshalb man viel kleinere Dosen anwenden muss. Die „tracheale Behandlungsmethode" hat also eine gewisse Zukunft, indem man auf diese Weise nicht nur gewisse Bronchial- und Lungenkrankheiten, sondern auch gewisse Allgemeinaffectionen behandeln kann. Dr. P. K.

Fremdkörper in der Trachea. (Corps étranger de la trachée.) Von Dr. Argumosa. (Journ. of laryngol. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 8.)

Nach eingeführter Trachealcanüle hörte die Dyspnoe nicht auf; die Canüle musste entfernt werden und nun warf das Kind unter heftigen Hustenstössen einen sich seit 6 Monaten in den Luftwegen befindenden Melonenkern aus. Dr. P. K.

Polypoide Neubildung der Trachea. (Production polypoide de la trachée.) Von Dr. Durand. (La Province méd., December 1889 und Revue de laryngologie No. 5.)

Ein 5jähriges Kind wurde wegen Diphtheritis operirt; Genesung; nach einem Monat musste die Tracheotomie von Neuem ausgeführt werden; Tod nach einigen Stunden. Die Section ergab am oberen Winkel des ersten Operationsschnittes eine Wucherung, welche die Trachea ausfüllte. Da während der Diphtheritis die Cricotracheotomie ausgeführt worden war und die Trachea an dieser Stelle am engsten ist, räth Verf., in allen Fällen die Cartilago cricoidea zu schonen. Dr. P. K.

Digitized by Google

Blutegel in der Regio subglottica, Extraction auf natürlichem Wege. (Sangsue dans la région sousglottique, extraction par les voies naturelles.) Von Dr. Ficano. (Revue de laryngologie No. 3.)

Patient trug das Thier während 14 Tagen in der Trachea, obschon er von dessen Vorhandensein überzeugt war; das Cocain wurde extralaryngeal angewandt, weil bei endolaryngealer Anwendung der Blutegel todt oder betäubt in die Tiefe der Trachea hätte fallen können.

Dr. P. K.

Beitrag zur Lehre der Tracheotomie, Todesursachen während der Operation. (Contributions à l'étude de la trachéotomie, des causes de la mort pendant l'opération.) Von Dr. Dubois. (Thèse de Paris und Revue de laryngologie No. 2.)

Schlecht ausgeführter Trachealschnitt, Lostrennung der Mucosa und Einführen der Canüle zwischen Knorpel und Mucosa sind die gewöhnlichen Ursachen. Blutung, Verstopfen der Trachea durch Hinabdrücken einer zähen Membran, subcutanes Emphysem, Einführen der Canüle in den Oesophagus (?), Ohnmacht, Eintritt von Luft in die Venen sind die entfernteren Ursachen. Die Schrift enthält nichts Neues.

Dr. P. K.

Unbekannte Form von Schwindel, durch Reiz des Halsvagus hervorgerufen. (Forme inconnue de vertige par excitation du nerf vague.) Von Dr. Cardarelli. (Incurabili, November 1889 und Revue de laryngologie No. 3.)

Verf. erzählt 3 Fälle, wo durch Berühren des Halsvagus am äusseren Rande des Sternocleidomastoideus Schwindel und in einem Falle sogar vorübergehende entgegengesetzte Lähmung entstand. Dr. P. K.

Ueber Halsgicht. (De la goutte dans la gorge.) Von Morell Mackenzie. (Journal of laryngol. and rhin. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 8.)

Es ist eine gute Ausrede, wenn man sonst keine Diagnose stellen kann. Jedoch giebt es einige seltene Fälle, wo man die Gichtsymptome im Halse nicht läugnen kann. Es bestehen dabei immer Gichtsymptome am übrigen Körper. Acutes Zäpfchenoedem, bei einem Gichtanfall der grossen Zehe verschwindend; chronische Entzündung der hinteren Gaumenbögen bei Gichtleidenden; Gichtablagerungen mit Dyspnoe in den Cricoarytänoidalgelenken, fungöses, mit Carcinom leicht zu verwechselndes Geschwür am linken falschen Stimmband sind die Hauptsymptome.

Dr. P. K.

Erfolgreiche Entfernung einer Encephalocele. (The Successful Removal of an Auterior Encephalocele.) Von W. F. Mittendorf, New-York. (Med. Record, 5. April 1890.)

Glückliche Operation einer Encephalocele, welche bei der Geburt bleifederdick von der Nasenwurzel links herabhing und am 6. Tage bereits hühnereigross war. W. Fr.

Digitized by Google

Secundäres Epithelioma der Submaxillardrüsen. (Epithélioma secondaire des ganglios sousmaxillaires.) Von Dr. Kirmisson. (Le Praticien und Revue de laryngol. et d'otol. No. 20.)

Vor einigen Jahren Operation eines Lippenepithelioma. Keine locale Recidive, aber Epithelioma der Submaxillardrüsen. Induration des ganzen Mundbodens und der Glandula sublingualis. Unterbindung der Carotis externa, Resection des Unterkiefers, Exstirpation. Dr. P. K.

Ein Fall von substernaler Struma. (A case of substernal struma.) Von Bernard Pitts, London. (Lancet, 27. December 1890.)

Verf. berichtete in der Sitzung der Pathological society of London über einen solchen Fall, welchen er mit Glück operirt hat. Da die Schilddrüse sich bei der Operation als ganz intact herausstellte, so vermuthet er, dass der Tumor durch eine accessorische Drüse veranlasst gewesen sei. In der Discussion wurde dies wegen der angeblichen Seltenheit dieser accessorischen Drüsen von Mr. Berry bezweifelt, wogegen Verf. bemerkte, dass nach seinen Untersuchungen dieselben sich in einem unter zwölf Fällen fänden, wenn man genau nachsehe.

Dr. M. Schm.

Zwei Fälle von Gastrotomie wegen Verschluss der Speiseröhre. (Two cases of gastrotomy for stricture of the oesophagus.) Von Mr. Southam, Manchester.

Verf. berichtet über die zwei Fälle, einen bei einem 58jährigen Manne und der andere bei einem 54jährigen. Bei Beiden wurde die Oeffnung im Magen einige Tage nach der Eröffnung des Bauches gemacht und zwar mit einer sehr kleinen Oeffnung, wie das schon früher beschrieben wurde. Ein Catheter wurde dann jedesmal bei der Nahrungsaufnahme eingeführt. Dadurch hat Verf. das so lästige Austreten von Magensaft mit seinen unangenehmen Folgen vermeiden können. Der Erstere starb drei Monate, der Andere drei Wochen nach der Vornahme der Operation. Dr. M. Schm.

Verlegung der Speiseröhre durch ein Divertikel. Gastrotomie, Tod nach 6 Jahren. (Diverticulum of the Oesophagus, Gastrotomy, Death six years afterwards.) Von Walter Whitehead, Manchester. (Lancet, 3. Januar 1891.)

Eine 49jährige Frau bekam Schwierigkeiten im Schlucken, die allmählig zunahmen. 8 Jahre später wurde die Gastrotomie ausgeführt, weil sie sich nicht mehr ernähren konnte. Sie erholte sich vollkommen, indem sie 2 Jahre lang alle Nahrung durch die Magenfistel zu sich nahm. Danach begann sie wieder Nahrung durch den Mund zu nehmen, was aber nie ganz gut ging. Sie starb 6 Jahre nach der Gastrotomie an Entkräftung. Bei der Section zeigte sich ein grosses Pulsionsdivertikel zwischen Luftröhre und Wirbelsäule. Verf. hält es nicht für angeboren, da sich die Beschwerden sonst wohl schon früher gezeigt haben würden. Die Fälle sind bei Frauen sehr selten. Dr. M. Schm.

Digitized by Google

III. Inserate.

Special-Katalog 1890 der Instrumente für Hals, Nase, Ohr

wird den Herren Aerzten auf Wunsch gratis zugesandt.

H. Pfau, Berlin, Dorotheenstr. No. 67 und Klosterstr. No. 30

Königl. Hoflieferant, Fabrikant chirurg. Instrumente und Bandagen.

INHALT.

I. Originalien: Gruber: Operative Entfernung eines durch misslungene Extractionsversuche in die Trommelhöhle gerathenen Fremdkörpers. — Stepanow: Ueber das Vorkommen der sogen. „hyalinen Kugeln" im Gewebe der Schleimpolypen der Nase etc. nebst Bemerkungen über die hyalinen Körper des Rhinoscleroms. — Onodi: Experimentelle Untersuchungen zur Lehre der Kehlkopflähmungen (Fortsetzung). — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Bericht über die an der k. k. Wiener Universitäts-Klinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Josef Gruber im Jahre 1889 ambulatorisch behandelten Kranken (Fortsetzung). — Schmiegelow: Beiträge zur Frage von den Perforationen in der Membrana flaccida Shrapnelli mit Bemerkungen über die Bildung des Cholesteatoms. — Bezold: Fremdkörper im Ohr. — Moos: Zur bacteriellen Diagnostik und Prognostik der Mittelohreiterungen. — b) Rhinologische: Wright: Ueber adenoide Vegetationen. — Richardson: Ueber die Wichtigkeit der chirurgischen Behandlung des Nasenrachenraumes bei Catarrh desselben und des Mittelohres. — Casselberry: Deformitäten des Gesichts und des Thorax in Folge von Obstructionen durch adenoide Vegetationen. — Gouguenheim: Acute Abscesse der Nasenscheidewand mit bleibender Nasendeformation. — Wagnier: Käsige Coryza (Rhinitis cholesteatomatosa). — Onodi: Eigenthümlicher, angeborener Verschluss der Choanen. — Polo: Reflexleiden von der Nasenmucosa ausgehend. Hysterische Anfälle durch Hypertrophie der unteren Nasenmuscheln hervorgerufen. Asthmatische Anfälle geheilt nach Entfernung von Schleimpolypen. — Foulerton: Perforation der Nasenscheidewand bei den Cementarbeitern. — Chiari: Zwei Fälle von Nasensteinen mit Bemerkungen über deren Aetiologie. — Taylor: Die Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase. — Gilliam: Tic douloureux in Folge einer Exostosis des Septum narium. — c) Pharyngo-laryngologische: Ferguson: Die Nerven-Versorgung des Geschmackssinnes. — Thorner: Psoriasis der Zunge. — Peterson: Bemerkungen über Zerstörung der Geschmacks-Empfindung nach Amputation der Zunge. — Knight: Ein Fall von Hemiglossitis phlegmonosa. — Hirtz: Ueber aphtöse infectiöse Stomatitis. — Boylan: Eine einfache und wirksame Methode zur Anaesthesirung der Pharynxtonsille. — Thorner: Gefahrdrohende Blutung nach Tonsillotomie. — Wright: Blutungen nach Tonsillotomien nebst Beschreibung eines galvanocaustischen Tonsillotoms. — Wright: Salol bei Tonsillitis und Pharyngitis acuta. — Lys: Eine Diphtherie-Epidemie. — Gonda: Ein seltener Fall von allgemeiner Diphtherie. — Kocsis: Accomodationslähmung nach Rachen-Diphtherie. — Szontagh: Ueber den Werth der Tracheotomie bei Croup. — Piniaczek: Laryngoscopisches Bild bei Croup. — Marano: Laryngitis haemorrhagica und Influenza. — Tymowsky: Behandlung der Larynxphthise mittelst Resorcin. — Gouguenheim und Glower: Ueber die scleröse und wuchernde Laryngitis tuberculosa. — Luc: Chirurgische Behandlung der kleinen, am freien Rande der Stimmbänder flach aufsitzenden Tumoren mittelst einer speciellen Cürette. — Mayer: Zwei Fälle von Larynxstenose. Tracheotomie, Trennung (der Adhaesionen), Heilung. — Albrechts: Zur Diagnose der malignen Tumoren der Schilddrüse. — Waxham: Intubation. — Murray: Kehlkopfgeschwür mit Emphysem unter der Halshaut. — Bleyer: Eine neue Art von Kehlkopf- und Bronchialbehandlung mittelst eines Spray und einer Röhre während tiefen Einathmens. — Sokolowsky: Glücklicher Ausgang einer Larynxfractur. — Bleyer: Ein neuer Kehldeckelheber. — Botey: Möglichkeit der Einspritzung in die Trachea beim Menschen behufs Einführung von Medicamenten. — Argumosa: Fremdkörper in die Trachea. — Durand: Polypoide Neubildung der Trachea. — Ficano: Blutegel in der Regio subglottica, Extraction auf natürlichem Wege. — Dubois: Beitrag zur Lehre der Tracheotomie, Todesursachen während der Operation. — Cardarelli: Unbekannte Form von Schwindel, durch Reiz des Halsvagus hervorgerufen. — Mackenzie: Ueber Halsgicht. — Mittendorf: Erfolgreiche Entfernung einer Encephalocele. — Kirmisson: Secundäres Epithelioma der Submaxillardrüsen. — Pitts: Ein Fall von substernaler Struma. — Southam: Zwei Fälle von Gastrotomie wegen Verschluss der Speiseröhre. — Whitehead: Verlegung der Speiseröhre durch ein Divertikel. Gastrotomie. — III. Inserate.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I. Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N.
Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Bescherner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER	**Dr. N. RÜDINGER**	**Dr. v. SCHRÖTTER**	**Dr. WEBER-LIEL**
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**	o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**	Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**	Professor der Ohrenheilkunde in **Bonn.**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.

Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXV. **Berlin, Juni 1891.** **No. 6.**

I. Originalien.

Bericht über die im Kalenderjahre 1890 in der Prof. Gottstein'schen Privatpoliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten behandelten Krankheitsfälle.

Von

Dr. **R. Kayser.**

Mit Vorbemerkungen von Professor Dr. Gottstein.

Am 6. November 1890 waren es 25 Jahre, dass ich eine poliklinische Sprechstunde für Hals- und Kehlkopfkranke errichtete. Zwei Jahre später erweiterte ich die Poliklinik auch für Ohrenkranke.

Wenn ich erst jetzt einen „Ersten Bericht" erscheinen lasse, so bedarf das wohl einer Erklärung. Die Zahl der in meiner Poliklinik Hilfesuchenden war vom ersten Augenblick keine unbeträchtliche und stieg von Jahr zu Jahr. Da aber meine Poliklinik ein Privatinstitut ist und bis zum heutigen Tage jeder materiellen Unterstützung von irgend einer Seite entbehrt, so musste ich, zur Einschränkung der ohnedies grossen Opfer, der ärztlichen Thätigkeit, die die Poliklinik erforderte, allein obliegen. Es ist leicht begreiflich, dass von Führung genauer Krankenprotocolle nicht die Rede sein konnte, ich musste mich begnügen, über die wichtigsten Krankheitsfälle mir Notizen zu machen, um sie in meinen literarischen Arbeiten zu verwerthen. Als aber am Anfange der

Digitized by Google

achtziger Jahre die Zahl der jährlich neu aufgenommenen Kranken 1000 überstieg, trat für mich nahezu die physische Unmöglichkeit ein, das poliklinische Arbeitspensum zu bewältigen.

Meine Bestrebungen, die officielle Errichtung eines klinischen Instituts für Laryngo-Rhinoscopie und Otiatrik an hiesiger Universität zu erwirken, waren erfolglos. Erst seit einem Jahre hat an der Breslauer Universität der Director der medicinischen Poliklinik den Lehrauftrag für Laryngoscopie erhalten. Eine selbstständige Stellung als Lehrgegenstand hat sich die laryngo-rhinologische Specialität an hiesiger Universität nicht erringen können. Für die Rhinoscopie und Otiatrik besteht zur Zeit weder ein klinisches Institut, noch eine officielle Lehrkraft.

Um meine Privatpoliklinik zu erhalten und die mir lieb gewordene Lehrthätigkeit zu ermöglichen, stellte ich im Jahre 1884 einen Assistenten (Dr. Kayser) an. Wie sehr die Poliklinik einem Bedürfniss entsprach, bewies das continuirliche Anwachsen des Krankenmaterials, das jetzt auf die, wie ich meine, für Breslauer Verhältnisse nicht unbeträchtliche Zahl von nahezu 2000 jährlich neu aufgenommenen Kranken gestiegen ist.

Ich halte an dem Grundsatze fest, dass gerade bei den poliklinischen Kranken selbst die einfachsten erforderlichen localtherapeutischen Maassnahmen von sachverständiger Hand ausgeführt werden müssen. So sollen Kranke mit Otorrhoen, wenn irgend angängig, sich täglich vorstellen. Dieselben sind erfahrungsgemäss meist nicht in der Lage, eine geeignete Injectionsspritze anzuschaffen, noch viel weniger im Stande, den bescheidensten Ansprüchen der Reinlichkeit oder gar der Asepsis zu genügen. Ebenso kann und darf ihnen die Application der Medicamente für Nase, Pharynx und Larynx nicht überlassen werden. In Folge dessen beträgt die Zahl der Kranken, die täglich die poliklinische Sprechstunde besuchen, selten weniger als 30 und steigt oft über 50. Zu unserer Unterstützung finden sich stets einige frühere Zuhörer als Famuli bereit. Ausserdem habe ich mit Vortheil ein Fräulein angestellt, das in kleineren Dienstleistungen, wie Ausspritzen der Ohren, Darreichung, Reinigung und Sterilisirung der Instrumente eingeübt ist. Trotzdem würde das tägliche Arbeitspensum für mich ein zu grosses sein, wenn ich nicht Herrn Dr. Kayser auf Grund der jetzt 7jährigen Assistenz in meiner Poliklinik eine selbstständige Thätigkeit überlassen könnte.

Selbstverständlich ist die Poliklinik mit vollständigem Instrumentarium und allen Lehrmitteln aus meinen Privatanschaffungen versehen. Für die grösseren Operationen (Eröffnung des Warzenfortsatzes u. s. w.) steht mir zu jeder Zeit ein Privatinstitut zur Verfügung, das mit einem gut eingerichteten Operationszimmer und mit Zimmern zur Aufnahme von Kranken versorgt ist.

Seit meiner Habilitation im Jahre 1872 habe ich für Studirende fast in jedem Semester laryngo-rhinoscopische Kurse gehalten, die Anfangs allerdings spärlich, seit dem Jahre 1880 aber regelmässig und zahlreich besucht waren. Für die otiatrischen Kurse ist aus Gründen, die wohl so ziemlich bei allen Universitäten obwalten und auf die ich nicht näher eingehen will, das Interesse der Studirenden erst in den letzten Jahren etwas lebhafter geworden. Für practische Aerzte wurden sowohl von mir, als von Dr. Kayser Fortbildungskurse in der Laryngo-Rhinoscopie und Otiatrik gehalten, die zahlreiche Theilnehmer fanden und noch finden.

Digitized by Google

Ausserdem hat eine Anzahl Aerzte des Inlandes und Auslandes bald längere, bald kürzere Zeit, sei es, um sich in der Specialität einzuüben, sei es, um sich als Specialärzte auszubilden, an den poliklinischen Sprechstunden selbstthätig Theil genommen.

So kann ich denn mit einer gewissen Befriedigung auf die 25jährige Wirksamkeit meiner Poliklinik zurückblicken, die ich aus eigenen Mitteln begründet und unterhalten habe und die sich der Sonne officieller Unterstützung, sei es materieller oder moralischer Art, nicht zu erfreuen gehabt hat.

Gottstein.

* * *

Es sind im Jahre 1890 im Ganzen zur Behandlung neu aufgenommen worden 1893 Personen, die sich in Bezug auf Alter und Geschlecht folgendermaassen vertheilen:

Geschlecht.	Alter nach Jahren:										Summa.
	—1	2—9	10—14	15—19	20—29	30—39	40—49	50—59	60—69	70—	
Männlich . .	19	124	116	127	157	203	106	58	41	16	967
Weiblich . .	12	133	122	115	195	151	111	47	29	11	926
Summa:	31	257	238	242	352	354	217	105	70	27	1893

Dem Wohnort nach ergiebt sich, dass von den Kranken:

1558 Breslau,
268 der Provinz Schlesien,
25 der Provinz Posen,
37 Russisch-Polen,
5 anderen benachbarten Ländern angehörten.

Die Zahl der Krankheitsfälle stellt sich auf 2199. Sie ist höher, als die der behandelten Personen, weil nicht selten dieselbe Person verschiedene, nicht unmittelbar zusammengehörige Krankheiten, z. B. Nasenpolypen und Mittelohreiterung, zeigte.

Die beobachteten Krankheitsfälle zerfallen in 2 Gruppen:

A. Krankheiten des Ohres.

Krankheit.	Männliche	Weibliche	Zusammen	
Ohrmuschel	2	1	3	
Aeusserer Gehörgang:				
Eczema	5	11	16	328
Fremdkörper	13	13	26	
Cerumen	76	47	123	
Atresie	3	2	5	
Otitis externa circumscripta	21	29	50	
Otitis externa diffusa	6	2	8	
Trommelfell:				
Hyperaemia	1	1	2	8
Trauma	4	2	6	

Digitized by Google

Krankheit.	Männliche	Weibliche	Zusammen	
Mittelohr:				
Tubencatarrh	12	16	28	
Otitis med. acut. catarrhal.	37	25	62	
Otitis med. chron. catarrhal.	134	89	223	
Otitis med. chron. scleros.	10	34	54	
Otitis med. acut. purul.	58	33	91	733
Otit. med. chron. purul. und Folgezustände	124	115	239	
Polypi	18	13	31	
Otalgie	2	3	5	
Inneres Ohr:				
Acute Nerventaubheit	1	1	2	
Chron. Nerventaubheit	10	7	17	
Centrale Taubheit	—	2	2	33
Taubstumm	2	2	4	
Nervöses Ohrensausen	4	4	8	
Summa:	552	453	1005	

Von den zur Anwendung gekommenen Operationen seien erwähnt:

Incisionen im äusseren Gehörgang	13
Spaltung von Verwachsungen	4
Paracentese des Trommelfells	20
Abschnürung von Polypen	28
Entfernung von Fremdkörpern	26
Wilde'scher Schnitt	3
Aufmeisselung des Warzenfortsatzes	5

Die Operationen, die bei Ohrenkranken in der Nase und dem Nasenrachenraum gemacht worden sind, finden sich unter B. aufgeführt.

Bemerkungen.

Von den 5 beobachteten Atresien des äusseren Gehörganges war 1 congenital, die anderen erwiesen sich als Verwachsungen der Gehörgangswände in Folge langwieriger Ohreneiterung.

Von den 6 Fällen traumatischer Verletzung des Trommelfelles waren 4 durch Schlag gegen das Ohr (Ohrfeigen) entstanden. In 2 Fällen war der Gehörgang mit Cerumen erfüllt, nach dessen Entfernung erst die Ruptur erkannt wurde. In einem Fall war eine Ruptur des Trommelfells mit Blutgerinnsel da, nachdem angeblich der betr. Kranke einen Schlag auf den Kopf erhalten hatte, worauf 4 Stunden später wässriger Ausfluss aus dem Ohr eingetreten sein soll. Die Rupturen sassen 4 Mal in der unteren, 1 Mal in der oberen Hälfte des Trommelfells, in einem Falle (Stoss gegen eine eiserne Kante) war eine Ruptur nicht zu constatiren. Es bestand nur Röthung des Trommelfells, Gehörsverminderung und Autophonie. In Bezug auf letztere will ich bemerken, dass in hochgradigen Fällen, wo subjectiv und objectiv durch das Otoscop bei jeder In- und Exspiration, sowie beim Sprechen speciell der Nasallaute m und n ein brausendes Geräusch wahrgenommen wird, es mir nicht blos gelang, durch Einführung des Catheters das Geräusch momentan zu beseitigen, sondern auch folgendes einfache Verfahren dem Kranken längere

Digitized by Google

Ruhe verschaffte: ich drehte in das Schnabelende des Catheters ein kleines, mit Vaseline tüchtig getränktes Wattebäuschchen und bestrich damit gründlich die betreffende Tubenöffnung.

Unter den 62 Fällen von acuter catarrhalischer Mittelohr-Entzündung befinden sich 14, als deren Ursache die Influenza anzunehmen ist. Ein Mal bot sich Gelegenheit, im Anschluss an die Influenza eine reine Myringitis haemorrhagica zu beobachten. Ein 5jähriges Kind erkrankte an Schmerzen im Ohr, das Trommelfell war hochgradig geröthet und mit Blutflecken bedeckt, keine merkliche Gehörsverminderung, kein Sausen. Nach 2 Tagen zeigte sich auf dem Trommelfell eine Blase, die von selbst platzte und eine serös-blutige Flüssigkeit entleerte, ohne Perforation der Membran; nach 8 Tagen vollständige Rückkehr der normalen Verhältnisse. Bei der Behandlung der acuten Mittelohrentzündung hat sich die 10procentige Carbolglycerinlösung besonders bewährt. Ein Wattebäuschchen in die erwärmte Lösung eingetaucht und an das Trommelfell angedrückt, beseitigt meist sofort den Schmerz und scheint, frühzeitig angewandt, auch zuweilen die Eiterbildung zu verhindern*).

Bei der acuten eitrigen Mittelohrentzündung finden sich unter 91 Fällen 11, die im Anschluss an Influenza aufgetreten sind. Ich will hierbei den bemerkenswerthen Verlauf eines von mir privatim behandelten Falles erwähnen. Das 2½jährige Kind eines Collegen hatte vor 1½ Jahren bei den Masern einen doppelseitigen Ohrenfluss acquirirt, der von selbst wieder verschwand resp. nicht weiter beachtet wurde. Im November 1890 bekam das Kind schwere meningitische Erscheinungen, Fieber, Kopfschmerz, Krämpfe, Bewusstlosigkeit. Nach einigen Tagen trat eine Besserung zugleich mit Ausfluss aus dem linken Ohre ein. Die nun von mir vorgenommene Untersuchung der Ohren ergab: links Perforation des Trommelfells und Ausfluss, rechts ein stark geröthetes und vorgewölbtes Trommelfell. Nach Paracentese desselben entleerte sich reichlich Eiter, die meningitischen Erscheinungen verschwanden vollkommen, die Ohreneiterung besserte sich unter zweckmässiger Behandlung, nach kurzer Zeit waren die Perforationen geheilt, Trommelfell und Gehör normal. Indess fing das Kind wieder an zu fiebern, zu husten und sehr an Kräften abzunehmen. Die Untersuchung des Thorax ergab nun ein grosses pleuritisches Exsudat auf der rechten Seite, die Probepunction zeigte reinen Eiter, in welchem Tuberkelbacillen nicht gefunden wurden. Es wurde die Schnittoperation gemacht, eine grosse Menge Eiter entleert, drainirt etc. Nach Verlauf von ca. 2 Monaten schloss sich die Thoraxfistel und das Kind ist heut so gesund und blühend, wie vorher. Man ist wohl berechtigt, die ganze Erkrankung des Kindes so aufzufassen, dass ursprünglich eine eitrige Mittelohrentzündung vorhanden war, welche zuerst eine meningeale Reizung und später als Metastase eine eitrige Pleuritis nach sich zog.

Unter den Fällen von chronischer Mittelohreiterung war 15 Mal Caries des Felsenbeins nachzuweisen, 8 Mal handelte es sich um cholesteatomatöse Massen im Mittelohr. Ueber die 5 Fälle von Auf-

*) Ueber einen bei acuter Mittelohrentzündung beobachteten Fall von Diplacusis echotica habe ich auf dem X. internationalen Congress ausführlich berichtet.

Digitized by Google

meisselung des Warzenfortsatzes, welche stets nach der classischen Schwartze'schen Methode ausgeführt wurden, sei kurz Folgendes erwähnt:

I. Fall: Ein 4jähriger Knabe, mit mehrmonatlicher Ohreiterung, bei dem bereits von ärztlicher Seite eine Incision hinter dem Ohre behufs Eiterentleerung gemacht war; die Oeffnung wurde mit Meissel und scharfem Löffel erweitert, eine weite Communication hergestellt und durchgespült. Es trat in den nächsten Tagen Wunderysipel ein — die Operation war am 8. Mai im Hause des Kranken unter ungünstigen äusseren Verhältnissen gemacht worden —, das zur Abscessbildung unter dem linken Augenlide führte, aber glücklich überstanden wurde. Auch eine nach der Operation aufgetretene Facialislähmung verschwand im Laufe einiger Wochen. Die Communication wurde ca. 6 Monate durch Drainrohr, Bleinagel und Jodoformgaze offen gehalten. Das Allgemeinbefinden des Kindes war ein sehr gutes, jedoch ist trotz wiederholter Entfernungen von Granulationen aus dem äusseren Gehörgang die Eiterung aus dem Ohr noch Ende 1890 nicht völlig beseitigt.

II. Fall: 14jähriger Bauernbursche hat seit 2 Jahren Ohreneiterung rechts. Auf und hinter dem Proc. mastoid. hat sich eine fluctuirende, schmerzhafte Geschwulst gebildet. Am 4. Juli wird dieselbe durch Schnitt eröffnet und Eiter entleert. Die Corticalis des Proc. mastoid. zeigt sich mit feinen Löchern durchsetzt. Der Letztere wird aufgemeisselt, es findet sich dabei die knöcherne Hinterwand des Antrum zerstört und der Sinus blossgelegt. Nach Entfernung von Polypen aus dem äusseren Gehörgang ist eine, wenn auch schwache Communication, vorhanden. Am 12. August kehrte der Kranke, der die Operation ausserordentlich gut überstanden hatte, nach Hause zurück, bevor noch völlige Heilung eingetreten war.

III. Fall: 26jähriges Mädchen, mit Ohreneiterung von Jugend an (nach Masern), welche am rechten Ohr abgelaufen ist, auf dem linken Ohr aber zu Polypenbildung, Schwellung hinter dem Ohr, Fieber und Kopfschmerz führte. Am 4. Septbr. wird die Aufmeisselung vorgenommen, nachdem in der Nacht vorher ein Eiterdurchbruch in den äusseren Gehörgang sich vollzogen hatte. Bei der Eröffnung des Antrums werden grosse Cholesteatommassen entleert, nach deren Entfernung sich eine sehr weite Höhle darbietet. Am 3. Tage bekam die Kranke ein Wunderysipel, wahrscheinlich eingeschleppt durch eine Binde, die ein Bruder (Krankenwärter) der Operirten brachte. Das Erysipel wurde aber gut durchgemacht. Nach 10 Tagen verliess die Kranke das Bett. Die hintere Oeffnung wurde durch Jodoformgaze, der sehr enge äussere Gehörgang durch Drainrohr offen gehalten. Nach 4 Mon. trat vollständige Heilung ein. Jede Eiterung war beseitigt, die Paukenschleimhaut zeigte einen narbigen Ueberzug, die hintere Oeffnung geschlossen, nur war ein offener Canal zwischen ihr und dem äusseren Gehörgang zurückgeblieben. Dieser Canal war völlig trocken und mit Epidermis ausgekleidet.

IV. Fall: 7jähriges Mädchen, mit mehrjähriger Ohreneiterung beiderseits, wobei schon wiederholt Incisionen hinter beiden Ohren gemacht waren. Rechter Gehörgang stark verengt, übelriechender Ausfluss, rechte Ohrmuschel abstehend, Incisionsnarbe blasig aufgetrieben, Fieber, Kopfschmerz, Schlaflosigkeit. Am 20. Septbr. wird auf der rechten Seite die

Digitized by Google

Aufmeisselung vorgenommen. Auf der Mitte des Warzenfortsatzes zeigt sich eine längliche cariöse Stelle, mehr nach vorn zu ist der Knochen durchbrochen; es wird eine breite Oeffnung angelegt, massenhaft stinkender, käsiger Eiter entleert und eine gute Communication hergestellt. Der weitere Verlauf ist ein sehr glatter, das Befinden des Kindes ein ausgezeichnetes. Die hintere Oeffnung wird durch Jodoformgaze mehrere Monate hindurch offen gehalten und durchgespült. Die Eiterung aus dem Ohr ist noch nicht völlig verschwunden, das Kind ist noch in Behandlung.

V. Fall: 9jähr. Knabe, seit über 2 Jahren Otorrhoe auf dem rechten Ohr. Vor längerer Zeit war im Hospital ein Einschnitt hinter dem Ohr gemacht, der völlig vernarbt ist. An der Hinterwand des äusseren Gehörganges sind kleine Granulationen sichtbar. Ohrmuschel abstehend, an der Narbe Fluctuation, Kopfschmerz, Fieber, etwas steifer Nacken. Rechter Facialis functionirt unvollkommen. Bei der Aufmeisselung am 12. November erscheint die Oberfläche des Proc. mastoid. frei, jedoch lässt sich ganz vorn, dicht am äusseren Gehörgang eine Knochenöffnung nachweisen, aus der Eiter hervorquillt. Es wird von dieser Stelle aus aufgemeisselt und eine grosse, mit käsigem Eiter erfüllte Höhle freigelegt. Nach hergestellter Communication Tamponade mit Jodoformgaze etc. Es zeigt sich nun, dass der rechte Facialis vollkommen gelähmt ist. Weiterer Verlauf günstig. Facialislähmung geht langsam zurück. Im Februar 91 kommt hintere Oeffnung zum Schluss. Eiterung sehr geringfügig. Der Kranke ist noch in Behandlung.

Unter den Fällen von Nerventaubheit ist der Fall eines 3jähr. Kindes bemerkenswerth, welches seit einem halben Jahre nach Masern vollkommen taub geworden ist, ohne dass sich äusserlich eine Ohrenerkrankung kund gab. Die Trommelfelle erweisen sich völlig unversehrt, das Kind hat zugleich die Sprache verloren.

In 2 Fällen ist die Nerventaubheit in Folge von Trauma eingetreten. Der eine Fall, ein 45jähr. Bahnwärter, war nach einem in seiner Nähe einschlagenden Blitz fast vollständig taub geworden. Es erwies sich bei genauerer Untersuchung die Gehörsstörung als Theilerscheinung einer allgemeinen traumatischen resp. Schreckneurose. Die ausführliche Beschreibung dieses Falles erfolgt an anderem Orte. In einem zweiten Falle war ein 19jähr. Mädchen durch einen Sturz bewusstlos geworden, hatte Erbrechen und Blutung aus dem linken Ohre. 11 Tage hatte sie im Hospital zugebracht. Bei der Untersuchung zeigte sich gänzliche Taubheit auf dem linken Ohr, hochgradiger Schwindel, Flimmern vor den Augen. Auf dem Grunde des linken Gehörganges, unmittelbar am Trommelfell, war ein schwärzliches Blutgerinnsel zu sehen. Das Trommelfell selbst hatte bis auf einen schmalen, horizontalen, weisslichen Streifen in der hinteren unteren Hälfte des Trommelfells ein durchaus normales Aussehen. Es handelte sich hier möglicher Weise um eine Fractur der Schädelbasis.

(Schluss folgt.)

Digitized by Google

Laryngitis haemorrhagica.*)

Von

Dr. **Leopold Treitel**, Berlin.

Bei der Seltenheit einschlägiger Beobachtungen dürfte folgender Fall von Laryngitis haemorrhagica einiges Interesse beanspruchen. Derselbe betrifft eine 30jähr. Frau von kräftiger Constitution. Sie war stets gesund und erinnert sich insbesondere, was für die jetzige Erkrankung Beachtung verdient, nicht jemals einen Larynx-Catarrh durchgemacht zu haben. Pat. ist vier Jahre verheirathet, hat aber weder eine Entbindung, noch einen Abort durchgemacht; sie war bis vor 4 Monaten regelmässig menstruirt, von wann ab die Menses zwei Mal cessirten, ohne dass Pat. einen Grund hierfür anzugeben weiss. — Ein Grund zur Annahme einer haemophilen Disposition liegt nicht vor.

Gegen Mitte December vorigen Jahres erkrankte Pat. an einem Catarrh der oberen Luftwege, der mit einem Schnupfen begann. Am 16. traten die bis dahin zwei Mal ausgebliebenen Menses wieder ein und zwar viel stärker, als Pat. dieselben vorher zu haben pflegte. Zwei Tage darauf förderte Pat. beim Husten, der sie sehr quälte, Blutgerinnsel heraus und wurde aphonisch; flüssiges Blut wurde nie entleert. Dazu gesellte sich Athemnoth, die des Morgens am stärksten war und nach Entfernung von Blutgerinnseln nachliess, aber nicht ganz aufhörte.

Am 26. December suchte mich Pat. auf, und ich konnte folgenden Befund aufnehmen: Pat. athmet mit Dyspnoe und hustet öfter mit rauhem, bellendem Klange; sie ist vollkommen aphonisch. In Nase und Rachen finden sich die Zeichen eines acuten Catarrhs, aber kein Blutgerinnsel, dagegen sitzt eine schwarze Borke am linken Mundwinkel. Larynx: Epiglottis leicht geröthet, Taschenbänder sehr stark geschwollen und fast scharlachroth, so als ob sie jeden Augenblick losbluten könnten; auf dem linken befindet sich in der Mitte ein schwarzes Gerinnsel. Die Stimmbänder sind ebenfalls geschwollen, aber verhältnissmässig geringer als die Taschenbänder und sind nur fleckweise geröthet. Sie schliessen beim Phoniren im hinteren Theile nicht und gehen bei der Inspiration ungenügend nach aussen. Es gelingt daher nicht, einen Einblick in die Trachea zu gewinnen. Die hintere Larynxwand ist so stark geschwollen wie die Taschenbänder, etwas höckerig, und es sind auf ihr zwei Gerinnsel sichtbar, die nachher mit dem Pinsel entfernt werden und eine Länge von etwa 5 und eine Breite von 2 Mmtr. haben.

Lunge und Herz bieten nichts Abnormes.

In den folgenden Tagen war das Bild unverändert. In der Sylvesternacht nahm jedoch die Dyspnoe derartig zu, dass Pat. aus dem Schlafe durch sie erweckt wurde. Als sie Morgens zu mir kam, athmete sie mit weit hörbarem Stridor. Die laryngoscopische Untersuchung zeigte keine besondere Anhäufung von Blutgerinnseln gegenüber den vorhergehenden Tagen, dagegen erschien die Auswärtsbewegung der Stimmbänder noch vermindert. Nach Entfernung einiger Gerinnsel nahm die Dyspnoe wenig ab.

*) Nach einem Vortrage in der laryngol. Gesellschaft zu Berlin.

Digitized by Google

In den folgenden Tagen trat jedoch eine wesentliche Besserung aller Erscheinungen ein, so dass Pat. bereits am 5. Tage mit lauter Stimme sprechen konnte. Seit dem 9. wurden Gerinnsel weder spontan ausgehustet noch von mir entfernt. Nachdem am 15. der Larynx ein annähernd normales Aussehen wieder angenommen hat, lässt sich feststellen, dass kein Ulcus in ihm vorhanden ist, welches etwa die Ursache der Blutungen hätte sein können. Beim Einblick in die Trachea, der jetzt möglich ist, lässt sich ausser geringer Röthung nichts Abnormes constatiren.

Die Behandlung bestand ausser kalter Diät in Inhalationen einer Kochsalz-Glycerinlösung. In den ersten Tagen insufflirte ich ein Taninpulver, ging aber am 1. Januar zu Pinselungen von Arg. nitr. 1 : 20,0 über. Daneben wurde wegen des Hustenreizes Morphium verabreicht.

Bei der Beurtheilung dieses Falles wirft sich zunächst die Frage auf, ob es sich wirklich um eine Laryngitis haemorrhagica gehandelt hat, zu welchem Zwecke die Fixirung des Symptomenbildes dieser Krankheit nach den bisher veröffentlichten Fällen erforderlich ist, weil derselben von mancher Seite eine Selbstständigkeit abgesprochen wird. Wir nennen eine Laryngitis eine haemorrhagische, wenn im Verlaufe derselben Blutungen in oder auf die Schleimhaut erfolgen, welche weder durch heftige Husten- oder Brechbewegungen hervorgerufen sind, noch einer Verletzung oder einem Geschwüre ihre Entstehung verdanken. In den ersteren Fällen wird gelegentlich einmal Blut entleert, das sich in Form von Streifen dem Auswurfe beimengt, während bei der in Rede stehenden Krankheit wiederholt ohne besondere Anstrengung Blutaustritte stattfinden bei spärlichem Secrete; in den letzteren Fällen handelt es sich nicht um reine Larynxcatarrhe. Dass die Blutung nicht, wie Gottstein*) behauptet, durch Losreissen eingetrockneten Secretes von der Schleimhaut entsteht und es sich somit nur um eine Lar. sicca handle, dagegen spricht einerseits die directe Beobachtung der Borkenbildung aus austretendem Blute von Fraenkel**), andererseits das Vorkommen submucöser Haemorrhagieen und das blutschwarze Aussehen der Borken, endlich die blutstrotzende Injection der Schleimhaut in meinem Falle. Die zähe Beschaffenheit des Secretes, das zum Eintrocknen neigt, wie sie von den meisten Autoren angegeben wird, kann Folge derselben Ursache sein, welche die Blutungen erzeugt.

Als consecutive Erscheinungen der Lar. haem. sind die Dyspnoe und der Stridor, sowie die Aphonie aufzufassen, die nicht nothwendig zu ihrem Bilde gehören, aber doch in den meisten Fällen vorhanden waren. Das Characteristische bleibt das Auftreten von Blutgerinnseln bei einem Larynx-Catarrh. — Nach dem gegebenen Bilde ist wohl kein Bedenken, den vorliegenden Fall als eine Lar. haem. zu bezeichnen.

Damit ist aber nicht gesagt, dass die Nebenerscheinungen von keiner Bedeutung bei dieser Krankheit wären, im Gegentheil sie stehen bei der Behandlung im Vordergrund des Interesses und erfordern bisweilen dringende Hilfe. Die Dyspnoe kann so stark werden, dass man an eine Tracheotomie oder noch besser Intubation denken muss. In den bisher beschriebenen Fällen trat die Dyspnoe hauptsächlich ein oder mehrmals

*) Lehrbuch 1887.
**) Berl. clin. Wochenschr. No. 2, 16. September 1874.

Digitized by Google

täglich in Attaken auf, welche mit dem Aushusten von Blutgerinnseln vorübergingen. Für diese Fälle passt, was Fraenkel sagt: „In unserem Falle war es für mich sehr bemerkenswerth zu sehen, wie gering bei der vorhandenen Schwellung des Larynx das Volumen eines die Glottis beengenden Gerinnsels zu sein braucht, um Stridor und Athemnoth zu erzeugen.“ In meinem Falle waren jedoch keine besonders acuten Attaken von Dyspnoe vorhanden, sondern mehr subacute und continuirliche Dyspnoe, die sich nach Entfernung der Blutgerinnsel nur wenig besserte. Dagegen war bemerkenswerth, dass die Auswärtsbewegung der Stimmbänder beeinträchtigt war. Dasselbe beobachtete auch Strübing*) in seinem Falle, wenn er auch nicht diesen Punkt ausdrücklich hervorhebt. „Durch die Schwellung der Schleimhaut und durch die Gerinnsel wird die Glottis hochgradig verengt, so dass nur ein kleiner Spalt für die Athmung frei bleibt, der sich bei der Inspiration fast garnicht erweitert.“ Auch Boeker**) führt in seinem Falle diese Beobachtung an. „Nur bei forcirter Inspiration trat laryngealer Stridor auf, welcher durch Schwellung der Schleimhaut bedingt war.“ Ich bin daher geneigt, für das Auftreten acuter Attaken von Dyspnoe das Wachsthum der Blutgerinnsel, für die anhaltende aber die behinderte Auswärtsbewegung der Stimmbänder verantwortlich zu machen. Diese Behinderung kann mechanisch durch die Infiltration der Schleimhaut und der Muskeln veranlasst sein. Daneben können noch subglottische Schwellungen zur Erhaltung der Dyspnoe beitragen; doch entzog sich in meinem Falle diese Region der Inspection.

Besonders beachtenswerth erscheint mir der vorliegende Fall für die Anschauung über die Aetiologie der Lar. haem. Es ist auffallend, dass sich unter den 6 näher beschriebenen Fällen, die Strübing bis zum Jahre 1886 zusammenstellen konnte, drei Frauen befinden, welche diese Krankheit während oder kurz nach einer Gravidität acquirirten. Strübing glaubt daher eine Alteration der Gefässwandungen des Kehlkopfs zur Erklärung des Blutaustritts annehmen zu müssen. In meinem Falle trat die Blutung mit den Menses ein; — andere Momente, wie viele Beschäftigung am offenen Herde etc., sind auszuschliessen. In dieser kurzen Zeit der Menstruation dürfte sich wohl kaum eine Veränderung der Gefässwandungen vollziehen, welche man auch bei Graviden nicht zur Erklärung heranzuziehen braucht. Es werden vielmehr die Gefässe durch die catarrhalische Entzündung an sich schon so alterirt, dass sie zum Austritt von Blutbestandtheilen leichter disponiren als normale. Es dürfte daher wahrscheinlicher sein, dass das zur Zeit der Gravidität und Menstruation veränderte Blut leichter durch die entzündeten Gefässe tritt; von Schwangeren ist ja festgestellt, dass ihr Blut reicher an Fibrin und weissen Blutkörperchen ist. Wäre die Alteration der Gefässwände schuld, so müssten auch ohne Catarrh bei Schwangeren häufiger Blutungen im Kehlkopf vorkommen. Dagegen weist Strübing mit Recht den Versuch Boeker's u. A., den Blutaustritt durch heftige Hustenbewegungen zu erklären, zurück. Sonst müsste die Lar. haem. gerade beim Keuchhusten, den Boeker anführt, recht häufig sein, was nicht der

*) Die Laryng. haem. 1886.
**) Berl. clin. Wochenschr. 1874, cit. nach Strübing.

Digitized by Google

Fall ist. — Es dürfte sich, sollte meine Annahme richtig sein, empfehlen, darauf zu achten, ob bei Krankheiten, welche die Beschaffenheit des Blutes verändern, vorkommende Larynxcatarrhe zu Haemorrhagien neigen.

Bemerkungen zur Behandlung des juvenilen Nasenrachensarcoms.

Von

Dr. **L. Grünwald** in München.

Die kürzlich in dieser Monatsschrift veröffentlichte „Heilung eines grossen ‚typischen' Nasenrachenpolypen" veranlasst mich zu einigen Bemerkungen.

Zunächst wäre es vielleicht erwünscht, wenn Hansberg die noch bestehende Andauer der Heilung bestätigen könnte, da 8 Wochen eine zu kurze Frist ist, um Recidive auszuschliessen.

Dann erlaube ich mir zu der Angabe Hansberg's, dass er sich bald von der Unmöglichkeit, eine Schlinge um den Tumor zu legen, überzeugt habe, ihn auf meinen, in No. 20 der Münchener Med. Wochenschrift 1890 veröffentlichten Aufsatz: „Zur Operationstechnik bei retronasalen Tumoren" aufmerksam zu machen, worin er ein älteres Verfahren, mit Hilfe der Bellocque'schen Röhre eine Schlinge um schwer zugängliche retronasale Geschwülste zu legen, beschrieben finden wird. Das Verfahren ist mir bei eben solchen grossen Geschwülsten, wie H. eine schildert, geglückt, und bei Middeldorpf (Galvanocaustik 1854, S. 152) findet sich die Schilderung von drei derartigen, glücklich operirten Fällen.

Auch Hansberg wird anerkennen, dass eine Exstirpation mittelst galvanocaustischer Schlinge in einer einzigen Sitzung der successiven blutigen Abkneipung vorzuziehen ist. Denn schliesslich ist es doch nicht ganz gleich, ob, wie in seinem Falle, sich jedes Mal nach einer Sitzung fötides Secret auf der Geschwulst angehäuft findet, durch das hindurch dann ein neuer blutiger Eingriff erfolgen muss. Nicht immer wird das so glücklich ablaufen.

Weiterhin möchte ich nun zur Indication einer Operationsmethode oder überhaupt einer Operation bei Geschwülsten dieser Art bemerken, dass der H.'sche Fall nicht als Beitrag zur Behandlung „typischer" Nasenrachenpolypen gelten kann, da es immerhin, trotz seines Aussehens und seiner Consistenz etc., zweifelhaft erscheinen muss, ob das überhaupt ein „typischer" Nasenrachenpolyp war. Diese Geschwülste haben nach allen bisherigen Erfahrungen die sehr characteristische Eigenthümlichkeit, vor Eintritt der körperlichen Vollreife zu erscheinen (weshalb ich mir auch in dem citirten Aufsatze die Bezeichnung „juveniles Sarcom des Nasenrachenraumes" für dieselben vorzuschlagen erlaubte), während H.'s Patient bei Entstehung der Geschwulst bereits 29 Jahre zählte.

Da wir allen Grund haben, zu vermuthen, dass diese juvenilen Geschwülste eine eigenthümliche Physiologie besitzen, der zu Folge es möglich ist, dass dieselben spontan, wie sie gekommen (nicht nach

Digitized by Google

einem Trauma etc.), auch spontan wieder verschwinden, so ist jede Beobachtung, die das Verhalten dieser Geschwülste in ihrem Verlaufe zeigt, ausserordentlich wichtig und darum auch erst recht wichtig, dass nicht Beobachtungen an ähnlichen, jedoch nicht sicher identischen Geschwülsten, auf die ausschliesslich juvenilen angewandt werden.

Ich halte also jede Schlussfolgerung, die aus dem Verhalten des Hansberg'schen Falles auf das Verhalten „typischer" Nasenrachenpolypen überhaupt gezogen werden sollte, nicht für angebracht, insbesondere nicht die aus der Eventualität, dass auch bis jetzt kein Recidiv aufgetreten wäre.

Wenn ich von dem concreten Falle absehe, so halte ich es zwar überhaupt noch nicht an der Zeit, irgend welche allgemein giltige Maximen für das Verhalten gegenüber diesen juvenilen Geschwülsten aufzustellen, da noch zu wenig Erfahrungen über den spontanen Verlauf vorliegen und wir bisher sicher nur das wissen, dass trotz eingreifendster Operationen Recidive nicht ausgeschlossen werden können. Aber man muss die Frage der Spontanheilung (besonders da Operationen das sehr rasche Wachsthum dieser Geschwülste nur zu begünstigen scheinen) aufmerksam im Auge behalten, da es hierdurch vielleicht eines Tages ermöglicht sein wird, mit Sicherheit die Trélat'schen Sätze anzunehmen. Ich habe in meinem schon citirten Aufsatze auch 3 Fälle (ausser den durch Hansberg angeführten) von Spontanheilung mitgetheilt, nämlich von Poisson, von Rotter und mir je einen. Weitere Casuistik wird in dieser Beziehung sehr erwünscht sein, um eine Entscheidung herbeizuführen. Jetzt aber schon darf ich meine damals geäusserte Ansicht wiederholen, dass man „nach diesen Erfahrungen den juvenilen Neubildungen im Nasenrachenraume mit kälterem Blute gegenüberstehen wird".

Zum Schlusse nur noch die Bemerkung, dass ich in Hansberg's Falle allerdings die Indication zu einem raschen operativen Vorgehen auch gefunden haben würde, aber davor warnen möchte, durch den glücklichen Erfolg in diesem Falle sich ohne Weiteres zu einem gleichen Vorgehen bei wirklichen „typischen" Nasenrachenpolypen verleiten zu lassen.

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Ueber den Verlauf eitriger Mittelohrentzündungen bei Tuberculösen unter der Behandlung mit Tuberculin. Von Dr. Schwabach, Berlin. (Deutsche med. Wochenschrift No. 20, 1891.)

Die Beobachtungen wurden angestellt an 11 erwachsenen Lungenphthisikern und einem mit multipler Knochentuberculose behafteten 6jährigen Mädchen; im eitrigen Ohrsecrete konnten Tuberkelbacillen nur 3mal nachgewiesen werden, im Sputum 9mal. Die locale Reaction am Ohre bestand meist nur nach den ersten Einspritzungen in geringen Schmerzen, schwachem Sausen und unbedeutender Zunahme der Secretion; bei dem Kinde jedoch, welches an doppelseitigen Ohreiterungen mit Caries am

Digitized by Google

rechten Warzenfortsatze litt, trat jedesmal starke örtliche Reaction auf: beträchtliche Schwellung und Röthung der Haut über beiden Proc. mastoidei, Schmerz, vermehrte Secretion. Ein Einfluss der Injectionen auf den Verlauf der Ohrleiden konnte nicht constatirt werden; in einem Falle, bei welchem sich Tuberkelbacillen im Ohrsecrete vorfanden, trat Heilung ein, welche aber, wie Schw. richtig bemerkt, bei zweckmässiger Behandlung in derselben Weise auch anderweitig, wenngleich selten, vorkommt. Keller.

Ueber Mittelohrentzündung nach Nasenschlunddouche. Von Dr. Loewenberg, Paris. (Berliner clin. Wochenschr. No. 18, 1891.)

Ohne die mit dem Gebrauche der Nasendouche verbundenen Gefahren läugnen zu wollen, glaubt L. doch, dass dieselben im Allgemeinen überschätzt werden; den Hauptgrund derselben sieht er, und wohl mit Recht, in dem zu frühen Schnäuzen der Nase, indem dadurch leicht Flüssigkeit und mit derselben Microorganismen aus Nase und Schlund in die Paukenhöhle getrieben werden können; deshalb sollen 10 Minuten zwischen dem Gebrauche der Douche und dem Schnäuzen der Nase vergehen. Ist Flüssigkeit in die Tuben gedrungen, so empfiehlt sich die wiederholte Anwendung des Toynbee'schen Verfahrens. Zum dauernden Heben des Gaumens während der Application der Douche räth L., a singen zu lassen, weil, besonders bei Kindern, leichter ausführbar als die Vorschrift, permanent durch den Mund zu athmen. Keller.

Entstehen einer tuberculösen scrophulösen Gumma nach Perforation des Ohrläppchens. (Réveil d'une gomme scrofulo-tuberculeuse par la perforation du lobule de l'oreille.) Von Dr. Surmont. (Bulletin médical du Nord, No. 23, 1890.)

Ein 20jähriges Mädchen liess sich, um Ohrringe tragen zu können, die Ohrläppchen auf die übliche Weise durchstechen; der haselnussgrosse Tumor, an dessen Natur, den Symptomen nach zu urtheilen, kein Zweifel war, wurde ausgekratzt und mit Jodoform nebst Compression behandelt. Dr. P. K.

---

b) Rhinologische:

Untersuchungen über Wachsthumsstörung und Missgestaltung des Oberkiefers und des Nasengerüstes in Folge von Behinderung der Nasenathmung. Von Dr. O. Körner. (Verlag von Vogel, 1891.)

Der Autor unterzieht die bei adenoiden Vegetationen bekanntlich sehr häufigen Veränderungen am harten Gaumen und den Alveolarfortsätzen des Oberkiefers einer eingehenderen Besprechung; diese Veränderungen sind characterisirt durch stärkere Wölbung (Spitzbogenbildung) des harten Gaumens, seitlicher Annäherung der Alveolenbögen mit Vorschiebung des vordersten Abschnittes, wobei oft durch Knickung der medianen Naht die Schneidezähne mit dem Kieferrande aus der senkrechten Stellung in eine mehr schräge, nach vorn gerichtete Lage gebracht werden. Am ausgeprägtesten sind diese Veränderungen zur Zeit

Digitized by Google

des Zahnwechsels, während sie bis dahin nur mässig auftreten. Bezüglich ihrer Entstehung schliesst sich K. den Anschauungen derjenigen Autoren an, welche (Robert) einmal die in Folge der erschwerten Nasenathmung verursachte mangelhafte Entwicklung des Nasengerüstes in Betracht ziehen, insofern das Gaumengewölbe dadurch gleichsam nach oben hinauf gezogen wird, andererseits (David) den Wangendruck beschuldigen, durch die seitliche Compression die Verschmälerung des Alveolartheils in der frontalen und Verlängerung in der sagittalen Ebene zu bedingen. Die Erfahrungen, welche die Zahnärzte bezüglich der Möglichkeit, den Stand einzelner Zähne sowie ganzer Kiefertheile durch einen geringen, aber permanenten Druck zu verändern, gemacht haben, lassen obige Annahmen völlig berechtigt erscheinen. Gewiss hat auch der mangelnde Lippenschluss, besonders der Oberlippe, einen wesentlichen Einfluss auf die nach aussen gerichtete Schrägstellung der oberen Schneidezähne. — K. weist auf den Unterschied zwischen rhachitischer und der in Rede stehenden Kieferabnormität hin, indem bei ersterer vorzugsweise der Unterkiefer die pathologischen Veränderungen zeigt (nämlich seitliche Verschiebung des Alveolarbogens mit Streckung des vorderen Theils, wodurch die unteren Schneidezähne in eine gerade Linie nebeneinander zu stehen kommen), während bei letzterer der Oberkiefer ausschliesslich befallen ist. — Aehnliche Veränderungen am Oberkiefer wie bei Hyperplasie der Rachenmandel finden sich bei knöchernem Verschluss der Choanen.

Der Monographie sind 2 Tafeln mit Abbildungen von Gypsabgüssen beigegeben, welche die beschriebenen Veränderungen an Gaumen und Kiefer veranschaulichen.

Keller.

Die Bacterien bei der acuten und chronischen Coryza, sowie bei der Ozaena, und deren Beziehungen zu den genannten Krankheiten. Von Dr. M. Hajek. (Berliner klin. Wochenschrift No. 33, 1888.)

In dem normalen Nasensecrete findet man nur wenige Bacterien, theils Stäbchen, theils Coccen, die man auch in der Luft antrifft. Beim acuten Schnupfen findet man in den ersten Tagen nur wenig Bacterien, insbesondere den „Diplococcus coryzae“ von ähnlichem Verhalten, wie der Friedländer'sche Pneumonie-Bacillus.

In den nächsten Tagen, wenn das Secret reichlich Eiterzellen enthält, finden sich 4—5 Bacterienarten, insbesondere auch der Fr. Pn.-B.

Bei der chronischen Rhinitis findet man Bacterien in grösserer Zahl, zumeist nicht pathogene, aber auch letztere, wie der Staphylococcus pyogenes aureus und der Erysipelcoccus, können vorhanden sein.

Die meisten bacteriologischen Untersuchungen beziehen sich auf die typische Ozaena — eine catarrhalische, zur Atrophie führende Entzündung der Nasenschleimhaut, bei welcher durch Retention und Eintrocknung von Secret ein characteristischer übler Geruch entsteht.

Bei dieser Erkrankung findet man massenhaft Coccen und Bacillen, mindestens 4—6 Arten, darunter Kapselcoccen, deren Identität mit dem Friedl. Pn.-B. sich in 7 Fällen erweisen liess. Eine pathogenetische Bedeutung für die Coryza haben die bisher gefundenen Bacterien nicht erlangt.

Digitized by Google

Der von Hajek gefundene „Bacillus foetidus coryzae", welcher auf Gelatineculturen, u. zw. bei Verflüssigung derselben, und auf Agar-Agar einen penetrant widerlichen Geruch der Culturen verursacht, ist demnach als der Urheber für den üblen Geruch des Secretes bei der Coryza anzusehen.

Der Umstand, dass die trockenen Nasencatarrhe mit Hypertrophie der Schleimhaut keinen Foetor verbreiten, beruht darauf, dass in Folge der Hyperästhesie der Schleimhaut das sich ansammelnde Secret von den Patienten bald entfernt wird, während bei der atrophischen Ozaena die Schleimhaut unterempfindlich ist, das Secret sich daher ansammelt, zu Krusten eintrocknet und so den Bacterien, darunter auch dem „Bacillus foetidus ozaenae" einen günstigen Nährboden darbietet.

Operationsmethode der adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes. (Sur le manuel opératoire de l'ablation des tumeurs adénoides du pharynx nasal.) Von Dr. Ruault. (Cinquième Congrès français de chirurgie, März und April 1891.)

Verf. operirt in der Chloroformnarcose bei herabhängendem Kopfe. Er bedient sich dabei scharfer Löffelzangen und braucht blos eine einzige Sitzung. Die Hauptsache ist, das Fieber zu vermeiden und deshalb muss streng antiseptisch operirt werden: 3—4 Tage vor der Operation muss Salol in die Nase eingeblasen werden, ebenso 6—8 Tage lang nach der Operation. Dr. P. K.

Schiefstand der Nasenscheidewand durch ein Trauma geheilt. (Un cas de déviation de la cloison des fosses nasales corrigée par un traumatisme.) Von Dr. Potiquet. (Revue de laryngologie No. 8, 1891.)

Von den vielen, mit mehr oder weniger Recht angegebenen Ursachen des Schiefstandes der Nasenscheidewand ist das Trauma eine der wahrscheinlichsten; umgekehrt kann aber auch ein Trauma einen schon bestehenden Schiefstand verbessern. Verf. giebt ein solches, auf der Leiche eines 60jährigen Mannes beobachtetes und genau beschriebenes Beispiel, und kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Ein zufällig eintretendes Trauma kann die bestehende Deviation heilen und man soll diese Ursache mit Recht in der Zahl der Behandlungsmethoden der Deviation der Nasenscheidewand mit einreihen. 2) Nicht immer bildet sich ein Callus zwischen den durch das Trauma hervorgebrachten Bruchstücken, wie das eben hier der Fall war. 3) Das vorliegende anatomische Präparat beweist, dass Krieg in Stuttgart Recht hat, zur Heilung des Uebels ein Fenster in der Cartilago quadrangularis herauszuschneiden. 4) Die an dem Präparate bestehende Richtung der Bruchlinie ist dieselbe, welche Roberts in Philadelphia zur Heilung des Uebels mit dem Messer auszuführen räth; Roberts scheint also Recht zu haben. 5) Das Präparat scheint dafür zu sprechen, dass die meisten Fälle von Schiefstand von Hypergenese des Knochen- und Knorpelgewebes herrühren.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Ein Fall von Galvanocauterisation der mittleren Muschel, gefolgt von Meningitis. (A Case of Electro-Cauterization of the Middle Turbinated Bone, Followed by Meningitis.) Von Francis J. Quinlan, New-York. (Medical Record, 13. September 1890.)

Verf. behandelte ein 18jähriges Mädchen mehrere Monate (Absägung einer Exostosis septi, Cauterisation der Muscheln etc.), ohne dass sich die geringsten Reactionserscheinungen gezeigt hätten. Da starb plötzlich der Vater der Patientin. Bald darauf jedoch kam sie wieder zum Verf. und wurde wiederum galvanocauterisirt, und zwar an der mittleren Muschel. Schon am nächsten Tage traten beunruhigende Symptome auf: sehr viel Erbrechen, Schwindel, starker Kopfschmerz, hoher Puls, Temp. 90° F. Alles dies nahm zu, so dass Patientin am 4. Tage an Meningitis starb. Verf. schreibt den so unerwarteten Tod dem zerrütteten Nervensystem zu. W. Fr. (N.-Y.)

Ueber Aprosexia nasalis. (Sur l'aprosexie [cancre] nasale.) Von Dr. Raulin. (Revue laryngologie No. 22, 1890.)

Die verschiedenen Arten von Aufmerksamkeit, von Nachsinnen, von Zusammenfassen des Geistes, von Fleiss sind unentbehrlich zum wissenschaftlichen Fortschritt. Man kann mit dem Philosophen sagen, „dass die Verschiedenheit in der Intelligenz von der Verschiedenheit des Talentes, aufmerksam zu sein, abhängt". Die Aprosexia der Schulkinder, welche nicht taubstumm sind, hängt ab von dem Mangel an Aufmerksamkeit und von Geistesfassung; solche Kinder schauen ohne zu sehen, sie horchen ohne zu hören, sie bilden ein passives, nicht actives Wesen; die Ursache ihres geistigen Zurückbleibens liegt also in den Kindern selbst. Mit Guye nimmt Verf. eine Aprosexia physiologica, eine Apr. neurasthenica und eine Apr. nasalis an; letztere nimmt am meisten unsere Aufmerksamkeit und unsere chirurgische Behandlung in Anspruch, wie schon Rupprecht, Michel, Seiller, Hack, Elsberg, Schaeffer, Ziem und namentlich Bresgen betont haben (Zeitschrift für Schulgesundheitspflege 1889); geistig zurückgebliebene Kinder nehmen nach erfolgreicher Behandlung der sie behaftenden adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes ihren geistigen Rang unter ihren Kameraden wieder ein; junge Leute, welche als Kinder in der Schule wegen Aprosexia nasalis nichts lernten, werden gute Universitätsstudenten, wenn die Natur sua sponte das Nasenrespirationshinderniss beseitigt hat. Verf. nimmt nun noch eine Aprosexia genitalis an; Kafemann hat an 2238 Kindern, welche ein Alter von 8—14 Jahren hatten, die Nasenstenose als Ursache der Aprosexia bewiesen. Statt solche Kinder ärztlich behandeln zu lassen, sie in freie Luft zu schicken, werden sie in ein strenges Internat gesteckt, zur Strafe werden sie zu Hause eingesperrt, müssen mit gebücktem Brustkorbe zu Hause arbeiten, sie werden mit einem Wort noch mehr „aprosexirt".

Verf. kommt zu folgenden, den Regierungen in Deutschland schon angerathenen Schlüssen: 1) Kein Kind soll ohne ärztliches Zeugniss in die Schule aufgenommen werden; 2) von Zeit zu Zeit sollen in den Schulen ärztliche Untersuchungen der obersten Luftwege vorgenommen werden; 3) alle Lehrer sollen den Aerzten die geistig zurückgebliebenen Kinder, welche durch den Mund athmen, anzeigen. Dr. P. K.

Digitized by Google

Lungenemphysem durch Verschluss der Nasengänge. (Emphysème pulmonaire par occlusion des voies nasales.) Von Dr. Cervello. (Riforma medica und Revue de laryngologie No. 23, 1890.)

Die Experimente von Sandmann nachahmend, konnte Verf. durch totalen Nasenverschluss in einigen Tagen Lungenemphysem bei vorher ganz gesunden Hunden hervorbringen. Dr. P. K.

Neue Methode, einige Nasenleiden zu behandeln. (Nouvelle méthode de traitement de quelques altérations nasales.) Von Dr. Dionisio. (Giornale della R. acc. de Turin und Revue de laryngol. No. 23, 1890.)

Die Methode ist auf mechanische Compression der Nasenschleimhaut basirt. Ein Kautschuksack wird in die Nase eingeführt und mittelst Wasser aufgeblasen. Dr. P. K.

Ueber die Behandlung des Keuchhustens mit Einblasen antiseptischer Pulver in die Nasenhöhle. (Le traitement de la coqueluche par les insufflations intranasales de poudres antiseptiques.) Von Dr. Gennaro Barletta. (Archiv. internat. di laring., rin., otol. und Revue de laryngologie No. 23, 1890.)

Obgleich der Microorganismus des Keuchhustens noch nicht von den Autoren dargelegt ist, so wird die Hypothese des parasitären Ursprunges der Tussis convulsiva sehr wahrscheinlich gemacht durch die nicht zu läugnenden Facta, nämlich dass die Krankheit contagiös ist, dass dieselbe eine gewisse Immunität giebt und dass die antiparasitäre Behandlung Erfolg hat. Letztere macht den Verlauf kürzer, ist leicht anwendbar, verringert die Zahl der Anfälle, hebt Brechen und Blutungen auf.
Dr. P. K.

Fibrome des Nasenrachenraums, ihre erfolgreiche Behandlung durch neue Methoden. (Fibromata of the nasopharyngeal space, their successfull treatment by new methods.) Von J. L. W. Thudichum, M. D. (Lancet, 31. Jan. 1891.)

Verf. spricht aus seiner reichen Erfahrung zunächst über die Pathologie dieser Tumoren, ihre Neigung zu Recidiven, auch nach anscheinend vollständiger Herausnahme, ihren häufigen Ursprung an dem hinteren Ende der mittleren Muschel. Sie neigen dazu, Geschwüre zu machen, entweder dass sie selbst geschwürig werden oder dass sie die anliegende Schleimhaut reizen und auf diese Art zu Verwechslung mit Ozaena Anlass geben. Er bespricht ferner die Verwachsungen mit den benachbarten Schleimhäuten, welche dann die Veranlassung zu den gefährlichen Blutungen, sowohl spontanen als auch namentlich bei Operationen geben, während der Tumor selbst meist merkwürdig wenig Gefässe hat. Nach den blutigen Operationen stirbt ein Drittel der Kranken an Anämie, ein Drittel an Pyämie und Pneumonie und ein Drittel kommt nach langem Kranksein davon. Seine Art der Operation besteht in der galvanocaustischen Zerstörung mittelst eines gabelartigen und eines spitzen Cauters. Die Neigung zu Blutungen aus den Verwachsungen wird mit vorsichtigen Injectionen von Ferrum sesquichloratum in dieselben verhütet. Die Ope-

Digitized by Google

ration wird fast ganz durch die Nase gemacht. Gestielte Theile nimmt Verf. natürlich auch mit der Schlinge weg. Mitunter ist es nöthig, einen Theil der unteren Muschel vorher wegzunehmen. Dr. M. Schm.

Fünf Fälle von Krankheiten des Sinus frontalis. (Five cases of disorder of the frontal sinuses.) Von J. W. Hulke, London. (Lancet, 14. März 1891.)

Die Fälle von Tumoren und Flüssigkeitsansammlungen machen sich oft zuerst durch Diplopie in Folge der Verdrängung des Augapfels geltend, da die Ausdehnung eher nach der Orbita zu stattfindet. Die fünf Fälle betreffen lauter solche, welche sich in der Orbita zeigten und von da aus operirt wurden. Zwei waren Retentionen von Schleim und die anderen Schleimpolypen. Sie wurden geheilt, so weit sie beobachtet werden konnten, durch Wiederherstellung des Weges in die Nase. (Die Diagnose dieser Fälle macht keine grossen Schwierigkeiten.)

Dr. M. Schm.

Ein Fall von Asthma mit Polypen und Hypertrophien der Muscheln, Operation, Heilung. (A case of asthma, with polypi and hypertrophy of the turbinated bodies, operation, cure.) Von Dr. Cholmeley und Mr. Spencer Watson, London.

Das Merkwürdige an dem Fall war, dass er bereits 18 Jahre bestanden hatte und 3 Monate (nur!) nach der Operation keinen Rückfall hatte. Die Nase wurde mit dem Ringmesser unter Chloroform operirt. Ob die Kranke geheilt bleibt? Dr. M. Schm.

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Hysterisches Stottern. (Bégaiement hystérique.) Von Dr. Ballet. (France médicale und Revue de laryngologie No. 5.)

Patientin stottert seit einem hysterischen Anfall, aber nur des Morgens; das reine hysterische Stottern ist noch nicht beschrieben, sondern nur bei der hysterischen Aphonie erwähnt worden. Verf. hat 3 solche Fälle beobachtet. Dr. P. K.

Ein Fall von hysterischem Stummsein. Heilung durch Suggestion während der Hypnose. (Un cas de mutisme hystérique. Guérison par suggestion pendant le sommeil hypnotique.) Von Dr. Charazac. (Revue de laryngologie No. 12.)

Der Titel giebt die Krankengeschichte. Das Stummsein war auch in diesem Falle das einzige Symptom der Hysterie; dies ist schon von Charcot als Regel aufgestellt worden. Das viele Gesticuliren, wie die meisten Autoren bei hysterischem Stummsein angeben, fehlte auch. Pat. antwortete schriftlich ganz correct auf alle an sie gestellten Fragen. Das Entstehen des Mutismus ist interessant: Patientin hatte vor 2 Wochen eine Nähnadel verschluckt; die Suggestion genügte nicht zur vollständigen Heilung; es musste durch eine Morphium-Einspritzung in die linke Ovarialgegend der Ovarialschmerz gehoben werden. Dr. P. K.

Digitized by Google

Beitrag zur Pathogenese der Tumoren in einem Falle von Teratome des Pharynx, einem Hautpolypen ähnelnd. (Contribution à la pathogénie des tumeurs dans un cas singulier de tératome avec aspect de polype cutané du pharynx.) Von Dr. Petrone. (Gazetta degli Ospitali, März 1889 und Revue de laryngol. No. 1.)

Ein 6monatliches Kind zeigte einen 2 Centimeter grossen Tumor im Pharynx, welcher die gewöhnlichen Symptome hervorrief; auffallend war, dass der Tumor von einer weissen, mit dünnen Haaren besetzten Haut bedeckt war; histologisch war diese Bedeckung dieselbe, wie die äussere Foetalhaut eines neugeborenen Kindes. Dr. P. K.

Ludwig'sche Angina beim 6jährigen Kinde. (Angine de Ludwig chez un enfant de six ans.) Von Dr. Lope Carralero. (Archivi de medicina y cirurgia de los ninos und Revue de laryngol. No. 1.)

Es gelang, den Jaucheherd baldigst zu öffnen und antiseptisch zu behandeln. Genesung. Dr. P. K.

Pneumococcus der Amygdalitis follicularis. (Pneumocoque de l'amygdalite folliculaire.) Von Dr. H. Gabbi. (Sperimentale, April 1889 und Revue de laryngol. No. 18.)

Die Ursachen, deren Infectiosität zwar bewiesen ist, sind dennoch dunkel, eben weil im Munde und sogar in den Mandelcrypten so viele Arten von Microben gefunden werden. Das classische, immer constante klinische Bild der Krankheit lässt an eine einzige constante Ursache denken. Die Naturgeschichte des Pneumococcus lehrt uns übrigens die verschiedensten Wege, auf welchen er in den Organismus eindringen kann und beweist uns so die Verwandtschaft sehr verschiedenartiger Krankheiten, welche wir bis jetzt ganz von einander zu trennen pflegten, welche aber insgesammt mit denselben Symptomen (Schüttelfrost, plötzliches Beginnen, schneller Verlauf, Crisen) verlaufen. (Freudenberg, Referent.)

Die Arbeit des Verf.'s zeigt uns also eine, wenn nicht die einzige Ursache der Amygdalitis follicularis. Uebrigens haben Cornil und Netter das häufige Vorkommen von Amygdalitis bei Pneumonie hervorgehoben und den Pneumococcus in dem die Mandeln bedeckenden Exsudat gezeigt. Dr. P. K.

Influenza, complicirt mit eiternder Parotitis; Oedema glottidis, Tracheotomie, Heilung. (Grippe compliquée de parotite suppurée; oedème de la glotte; trachéotomie; guérison.) Von Dr. Lostalot. (France médicale, März 1890 und Revue de laryngologie No. 15.)

Eine 28jährige Patientin bekam Parotitis mit intensivem Character, bedeutender Schwellung und sehr hohem Fieber; Einschnitte von aussen halfen nicht; Oedema der Glottis machte die Tracheotomie nöthig. Heilung. Dr. P. K.

Digitized by Google

Ein Aneurysma im Pharynx. (A Pharyngeal Aneurysm.) Von C. W. Richardson, Washington. (The Journ. of the Amer. Med. Association, 2. August 1890.)

Das Aneurysma befand sich im rechten hinteren Pharynxgewölbe und erstreckte sich von der Höhe der Zungenbasis bis etwa zum Niveau des weichen Gaumens. Die sehr deutliche Pulsation sistirte bei Druck auf die Carotis communis. W. Fr. (N.-Y.)

Ueber die Behandlung des Cystenkropfs, der Ranula und anderer Cysten mit Chromsäure. (On the treament of cystic goitre, ranula and other cysts with chromic acid. Von E. Woakes, London. (Lancet, 21. Juni 1890.)

Verf. führt nach Entleerung der Cysten einige Tropfen einer concentrirten Chromsäurelösung in dieselben ein mittelst eines besonderen Instruments. Er lobt die Wirkung ausserordentlich.

Dr. M. Schm.

Ein Instrument zur Operation subglottischer Tumoren. Aus der Königl. Poliklinik für Hals- und Nasenkrankheiten. Von Dr. Scheinmann. (Berliner klin. Wochenschrift No. 3, 1890.)

Das Characteristische der im Text abgebildeten, von Windler zu beziehenden Zange besteht in der stumpfwinkligen Abbiegung der schneidenden Branchen links bezw. rechts vom Stiele des Instruments. Der schneidende Theil desselben liegt also nicht in der Verlängerung seiner Axe, sondern neben derselben, wodurch die Controle über die Thätigkeit des Instruments wesentlich erleichtert wird. Näheres ist im Original nachzulesen. Heinze.

Die bulbären Krisen der diphtheritischen Lähmung bei Kindern. (The bulbar crises of diphtheritic paralysis occuring in children.) Von L. G. Guthrie, London. (Lancet, 18. u. 25. April 1891.)

Es findet sich in diesen Fällen ausser den offenbaren Lähmungserscheinungen grosse Apathie und sehr oft Unregelmässigkeiten in dem Puls. Es ist immer bedenklich, wenn ein ruhig daliegendes Kind einen Puls von 120 und darüber hat oder wenn er aussetzt. Wenn Kinder verdrossen und apathisch sind, eine schwache, nasale Sprache haben, unregelmässige, seufzende Athmung, einen losen, lautlosen Husten mit Schleimansammlung in dem Halse und einen raschen Puls, dann ist die Gefahr einer bulbären Lähmung vorhanden. In dem Anfalle steigern sich die angedeuteten Symptome, es tritt dann erschwertes Athmen und grosse Ruhelosigkeit ein, die Stimme erlischt, ebenso das Schluckvermögen. Durch die Stockung des reichlicher abgesonderten Schleimes in den Bronchien kann das Bild einer capillären Bronchitis vorgetäuscht werden, dabei geht der Puls auf 150. Besonders characteristisch ist das Erbrechen von grünlich braunen, schaumigen Massen. Das Erbrechen erleichtert manchmal, es kann aber auch das Ende herbeiführen.

In den befallenen Nerven findet sich dieselbe Structur, wie nach Durchschneidung, in den centralen Ganglien bisweilen gar nichts, mitunter Vacuolenbildung. Leichte Störungen der Ernährung und Function

Digitized by Google

wichtiger Centren können tödtliche Folgen haben, wenn man dann auch in denselben keine deutlichen Veränderungen findet.

In Bezug auf die Behandlung empfiehlt Verf. absolute Bettruhe während sechs Wochen nach dem Auftreten der Lähmungserscheinungen. Daneben natürlich Tonica etc. Zur Behandlung der Krisen lobt er sehr die Verbindung von Strychnin 0,0005 bis 0,002 und Atropin 0,0005. Zwei von drei so behandelten Fällen genasen.

Dr. M. Schm.

Ein Beitrag zu der Pathologie der laryngealen und anderer Krisen bei der Tabes dorsalis. (A contribution to the pathology of the laryngeal and other crises in tabes dorsalis.) Von Ira van Gieson, M. D., New-York. (Journ. of nervous and mental diseases, Juli 1890.)

Verf. berichtet über einen Fall, der in einem der Erstickungsanfälle mit Tod endete. Bei der Section und der microscopischen Untersuchung fanden sich die Wurzeln des Vagus und Accessorius in neuritisch entartetem Zustande. Er unterscheidet die spamodische und die paretische Form der Krisen. Er kommt dabei auf die vielfach erörterte Frage der früheren resp. stärkeren Erkrankung der Erweitererfasern im Recurrens zu sprechen. Seine im Ganzen nicht sehr klare Darstellung der Frage wird nicht gefördert dadurch, dass er die Wörter Adductoren und Abductoren mitunter verwechselt. (Ref. kann diese Bezeichnungen wegen dieser gar nicht so selten vorkommenden Verwechslungen nicht sehr practisch finden, da doch in allen Sprachen Worte für Erweiterer und Verengerer vorhanden sind.) Er erklärt die oben erwähnte Erscheinung dadurch, dass die Verengerer zusammen eine grössere Masse Muskeln darstellen und dadurch, dass die Erweiterer einen ungünstigeren Ansatzpunct hätten und dass deshalb bei gleicher Lähmung doch die Thätigkeit der Verengerer mehr zum Vorschein käme. Die Ursache der Krisen sucht er mehr in einer neuritischen Erkrankung der Wurzeln als in einer Affection der Kerne. Der Nervus laryngeus superior besteht ganz aus Fasern des Accessorius. Beim Chimpanse soll er nach Vrolik sich gar nicht mit dem Vagus vereinigen. Die neuritische Erkrankung desselben kann bis zur Anästhesie führen, wie die Fälle von Fränkel und Krause zeigen. Bei den Sectionen haben sich nach einer Anzahl Autoren in den Fällen von Larynxkrisen Atrophien an den Nerven gefunden. Verf. bespricht noch zum Schlusse die verschiedenen anderen Krisen in ihren Beziehungen zu den betreffenden Nerven. Dr. M. Schm.

Der Werth der Intubation des Kehlkopfs in Verbindung mit anderen Operationen. (The value of intubation of the larynx in connection with other operations.) Von J. Mount Bleyer, M. D. (New-York. Journ. of the amer. med. Association, 13. Mai 1890.)

Verf. empfiehlt die Intubation, wenn auch nur mit einem Katheter, bei schwierigen Fällen von Tracheotomie. Er wandte dieses Verfahren in einem Falle von Retropharyngealabscess an, der beinahe zur Erstickung geführt. Dann beschreibt er noch einen Fall von syphilitischer Stenose des Kehlkopfs, bei deren Beseitigung ihm die Intubation von sehr grossem Nutzen gewesen. Dr. M. Schm.

Digitized by Google

Ein Fall von Papillom des Kehlkopfs. (Lancet, 23. Mai 1891.)

Dr. Semon und Mr. Shattock zeigten in der pathologischen Gesellschaft in London ein von dem Ersteren operirtes Papillom von der aryepiglottischen Falte, das durch einen oder mehrmals wiederholten Bluterguss in Gestalt einer Schale das Ansehen eines Angioms gewonnen hatte. Erst durch die microscopische Untersuchung wurde die Natur des Tumors festgestellt. Dr. M. Schm.

Zweiblättriger permanenter Dilatator der Trachea. (Dilatateur bivalve permanent de la trachée.) Von Dr. Francesco Egidi. (Revista de laryngol., März 1890 und Revue de laryngol. No. 13.)

Das Instrument soll die Tracheotomie einfacher, leichter und schneller gestalten. Die Beschreibung giebt keine rechte Vorstellung vom Instrument und muss dasselbe in natura gesehen werden. Dr. P. K.

Behandlung der Struma mit Einspritzungen von Jodtinctur. (Traitement du goitre par les injections interstitielles de teincture d'iode.) Von Dr. Terillon. (Bulletin génér. de thérapeut. und Revue de laryngologie No. 5.)

Verf. giebt die Methode, um diese Einspritzungen gefahrlos zu machen und zieht sie allen anderen Methoden, namentlich den Jodoformäther- und den Solut. Fowleri-Einspritzungen vor. Dr. P. K.

Ueber Krebs der Glandula thyroidea. (Du cancer du corps thyroide.) Von Dr. Orcel. (La Province médicale und Revue de laryngol. No. 5.)

Die lange Abhandlung endet mit folgenden Schlüssen: 1) Das Leiden ist häufiger, als man annimmt, und mehr primär als secundär. 2) Es kommt zwischen 40 und 60 Jahren vor, meist in Folge eines praeexistirenden Kropfes. 3) Der histologische Bau ist characteristisch. 4) Die Metastasen in Lunge und Mediastinum sind sehr häufig. 5) Prognose schlecht, Dauer höchstens 6 Monate; der Tod tritt meistens durch Compressionserscheinungen ein; Tod durch Cachexie ist selten. 6) Selbst wenn die ganze Drüse entartet ist, treten nie Symptome von Myxoedem ein. 7) Radicalbehandlung unmöglich. Tracheotomie hilft gewöhnlich nur auf sehr kurze Zeit; Circumthyroidectomie lindert noch am meisten.
Dr. P. K.

Ein Fall von Thyroiditis im Verlaufe von Mumps. (Sur un cas de thyroidite survenue au cour des oreillons.) Von Dr. Matignon. (Gazette hebdomadaire des sciences médicales und Revue de laryngologie No. 11.)

Ein 21jähriger Mann zeigte am dritten Tage einer Parotitis eine acute Thyroiditis: Wärme, Härte, Schwellung, Schmerz; bald darauf trat eine linksseitige Hodenentzündung auf. Verlauf normal.
Dr. P. K.

Digitized by Google

Schusswunden des Larynx und der Trachea. (Des plaies par armes à feu du larynx et de la portion cervicale de la trachée.) Von Dr. Petit. (Thèse de Paris und Revue de laryngologie No. 5.)

Schlechte Prognose. Die Tracheotomie soll immer am Orte des Unfalles selbst, auch wenn keine Erstickungserscheinung momentan vorhanden ist, ausgeführt werden. Die Patienten sollen nie ohne Canüle transportirt werden. Dr. P. K.

Zerquetschung des Gesichtes, Larynxfractur. (Ecrasement de la face, fracture du larynx.) Von Dr. Chapotat. (Lyon médical, December 1889 und Revue de laryngologie No. 5.)

Ein Arbeiter bekam eine schwere Steinmasse auf's Gesicht; alle Gesichtsknochen waren zermalmt; durch plötzliches Andrücken des zermalmten Unterkiefers an die Cartilago thyroidea trat Fractur der letzteren ein; die Tracheotomie half nicht; Trachea und Bronchien zeigten sich bei der Section mit Blut angefüllt. Dr. P. K.

Larynxexstirpation ohne vorherige Tracheotomie. (Extirpation du larynx sans trachéotomie pialable.) Von Dr. Périer. (Société de chirurgie, März 1890 und Revue de laryngol. No. 12.)

Verf. beschreibt die Operation, welche wegen eines malignen, auf dem linken Stimmbande aufsitzenden Tumors vorgenommen wurde. Die meisten Autoren verwerfen diese Methode als gefährlich und rathen die classische Operation an. Dr. P. K.

Larynxsutur; klinische und experimentelle Studie. (La suture du larynx; étude clinique et expérimentale.) Von Dr. Lévi. (Il Morgagni, März 1890 und Revue de laryngol. No. 12.)

Ein junger Mann schnitt sich mittelst Rasirmesser den Cucullaris, den Splenius, beide Sternocleidomastoidei, alle Muskeln unterhalb des Zungenbeins, die Venae jugularis externae und anteriores, die Arteria laryngea inferior, den Larynx und die Ligamenta cricothyroidea medium et lateralia durch. Heilung in 10 Tagen durch Sutur. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) In allen transversalen, blos einmal geführten Schnittwunden ist die Sutur möglich; 2) sie muss aber schichtenweise vorgenommen werden: Catgutsutur der Mucosa, Silbersutur unter der Glottis, Catgutsutur an den übrigen Larynxtheilen; schichtenweise Nähte an den übrigen Weichtheilen; 3) Catgutnaht der Knorpel blos nach vorher ausgeführter Tracheotomie; 4) die intralaryngeale Desinfection muss durch Inhalationen gemacht werden: 5) Drainage vor der Trachea zur Verhütung des Emphysems; 6) bei Hautschwunden und multiplen Schnittwunden ist die Larynxsutur nicht angezeigt. Dr. P. K.

Digitized by Google

Beitrag zur Lehre der Pathogenese des Morbus Basedowi. (Contribution à l'étude de la pathogénie du goître exophthalmique.) Von Dr. Alfred Bienfait. (Bulletin de l'académie royale de médecine de Belgique No. 8, 1890.)

Verfasser kommt am Ende seiner gediegenen Arbeit zu folgenden Schlüssen: 1) Die Exstirpation der Corpora restiformia bringt bedeutende Circulationsstörungen hervor, bald eine Vermehrung, bald eine Verminderung des Blutdruckes. 2) Dieselbe Verletzung kann Tachycardie oder Verminderung der Zahl der Pulsschläge hervorbringen. 3) Die Tachycardie scheint nicht immer die Folge der intrabulbären Section des Vagus zu sein. 4) Es bilden sich Symptome nervöser Reizung, Zittern, clonische und tonische Krämpfe. 5) Kopf, Lungen und Corpus thyroideum zeigen in einigen Fällen auffallende Hyperämie. 6) In 37 pCt. kommt Exophthalmus, welcher durch Paralyse der Tunica muscularis der retrobulbären Gefässe hervorgerufen zu sein scheint. 7) In den Fällen, wo nervöse Reizbarkeit und Exophthalmus mit Tachycardie und Hyperämie der Schilddrüse verbunden sind, hat man das classische Bild des Morbus Basedowi. 8) Das causale Moment besteht demnach in einer Lähmung, welche auf den Bulbus übergeht, namentlich auf die Gegend, wo der Kern des Vagus sich befindet. 9) Bei den mit Morbus Basedowi behafteten Patienten ist es nicht absolut bewiesen, dass der Vagus gelähmt sei, obwohl einige Thatsachen dafür sprechen. Dr. P. K.

Morbus Basedowi, Oedema glottidis in Folge einer Gumma der Cartilago cricoidea, Tod. (Goître exophthalmique et oedême de la glotte symptomatique d'une gomme du cartilage cricoïde; mort.) Von Dr. Dennetières. (Journal des sciences médicales de Lille und Revue de larngol. No. 5.)

Eine 34jährige Frau kam mit Morbus Basedowi und Erstickungserscheinungen ins Spital. Die Tracheotomie wurde nicht ausgeführt (!) und Patientin starb dieselbe Nacht. Die Section ergab einfachen, nicht retrosternalen Kropf; Flachsein des Larynx von vorne nach rückwärts, Medianstellung der Stimmbänder, Oedem des Aditus laryngis; ulcerirte Gumma der Platte des Ringknorpels, Bloslegen des Knorpels sowie der beiden Giessbeckenknorpel, zerstörte Insertionen der Musculi cricoarytaenoidei postici. (Hätte man laryngoscopirt und folglich dem laryngoscopischen Befunde gemäss operirt, so wäre nicht nur die Diagnose mehr oder weniger richtig gestellt worden, sondern Patientin wäre am Leben geblieben. Ref.) Dr. P. K.

Physiologie der Nervi recurrentes. (De la physiologie des nerfs recurrents.) Von Dr. Ch. Livon. (Société de Biologie de Paris, Séance du 31 Mai.)

Verf. betont die entgegengesetzten Resultate, zu welchen die neuesten Forscher gelangt sind, und giebt seine auf mit Chloral und Morphium intraperitoneal anaesthesirten Hunden gemachten Experimente und deren Schlussfolgerungen. Dr. P. K.

Digitized by Google

Ueber die ergiebigen Einschnitte rings um die Glandula thyroidea bei Krebs derselben. (Des larges incisions circonthyroidiennes dans le cancer du corps thyroide.) Von Dr. Poncet. (Gazette des hôpitaux und Revue de laryngologie No. 5.)

Die Totalexstirpation ist unmöglich; man macht einen Kreuzschnitt über den ganzen Tumor, schneidet die Musculi hyoidei und thyroidei ein und löst selbe los, löst endlich alle tiefer gelegenen Theile los und näht die Wunde zu. Gewöhnlich heilt die Wunde per primam und hört die Dyspnoe auf. Diese Methode wird also mit Recht der in diesen Fällen ebenfalls symptomatisch ausgeführten Tracheotomie zur Seite gestellt.

Dr. P. K.

Ein eigenthümlicher Fall von Asthma. (A peculiar Case of Asthma.) Von A. P. Rockey, Assumption, Ill. (The Cincinnati Lancet-Clinic, 24. Januar 1891.)

Verf., der Nachts zu einem an schwerem Asthma leidenden Patienten gerufen wurde, verordnete demselben ein Brechmittel. Erleichterung trat sofort ein, aber am nächsten Tage war der Anfall nur noch schlimmer. Patient bekam wiederum eine gehörige Dosis Ipecacuanha und zum Erstaunen Aller entleerte er unter grossen Schmerzen eine Masse, welche wie eine abgeschälte Banane aussah. Es stellte sich jedoch bald heraus, dass dies ein Stück Speck war! Klagen über grosse Schmerzen in den Bronchien waren vorausgegangen. Das Stück „Fleisch" war gestielt.

W. Fr. (N.-Y.)

Fibröser Polyp der Luftröhre. (Fibroid polypus of the trachea.) Von Bidwell, London. (Lancet, 8. Novbr. 1890.)

Verf. zeigte in der pathologischen Gesellschaft in London einen solchen, bei einem 5jährigen Knaben gefundenen vor. Die Symptome waren erst 14 Tage vor dem Tode aufgetreten und 2 Tage vor demselben die Tracheotomie gemacht worden. Mr. Williams erwähnte in der Discussion, dass er auch einen gleichen Fall gesehen habe, welcher durch Spaltung der Luftröhre geheilt worden sei. Dr. M. Schm.

Nachricht über einen günstigen Fall von Oesophagotomie zur Entfernung einer Zahnplatte, welche 5 Jahre und 9 Monate in dem Oesophagus eingekeilt gewesen. (Note on a successfull case of oesophagotomy for removal of a toothplate impacted in the oesophagus for five years and nine months.) Von Willoughby Furner. (Lancet, 2. Mai 1891.)

Bemerkenswerth ist die lange Dauer der Einkeilung. Verf. meint bezüglich der Nachbehandlung, dass es am besten sei, den ersten Tag durch Clysmata zu ernähren, dann aber im Sitzen gleich flüssige Nahrung schlucken zu lassen. Dr. M. Schm.

Digitized by Google

Käsig entartete Drüsen in den Oesophagus durchgebrochen. (Caseous glands opening into the oesophagus.) Von Dr. Voelker, London. (Lancet, 29. Novbr. 1890.)

Verf. zeigte ein solches Präparat in der pathol. Gesellschaft in London. Es war eine in der Höhe der Theilung der Luftröhre gelegene Drüse. Unter 2504 Sectionen in dem Hospital for sick children wurden nur 4 derartige Fälle gefunden. Dr. M. Schm.

Unüberwindliche narbige Strictur am unteren Ende des Oesophagus, Gastrotomie. (Rétrécissement cicatriciel infranchissable à la partie inférieure de l'oesophage. Gastrotomie.) Von Dr. Terrillon. (Progrès médical, März 1890 und Revue de laryngol. No. 13.)

Ein 18jähriger Mann hatte ätzende Flüssigkeit genossen, nach sechs Monaten musste die Gastrotomie wegen totalen Oesophagusverschlusses ausgeführt werden; letztere gelang vollständig; Patient aber gab sich dem Trinken hin, wurde tuberculös und starb nach 18 Monaten.

In einem zweiten Falle bestand eine Stenose des Oesophagus in Folge eines Geschwüres; der Spasmus spielte eine Hauptrolle dabei. Die Gastrotomie erhielt dem Kranken das Leben und erlaubte eine allmählige Dilatation der Strictur, nachdem der Spasmus durch die Operation aufgehoben war. Dr. P. K.

Spontanes Aneurysma der Carotis interna. (Anèvrisme spontané de la carotide interne.) Von Dr. Clementi. (Riforma medica, April 1890 und Revue de laryngologie No. 15.)

Spontanes Aneurysma der Carotis interna fast ganz durch Ligatur der Carotis communis geheilt; das Aneurysma hatte eine bedeutende, die Mandel, das Velum, die Arcus und die Uvula verdrängende Geschwulst erzeugt. Verf. macht practische Bemerkungen über Diagnose und Therapie der Halsaneurysmen. Dr. P. K.

Studie über Tabes dorsalis in Bezug auf die Symptome des Gehörorganes und des Larynx. (Etude sur la symptomatologie du tabes dorsal au point de vue spécial des phénomènes de l'oreille et du larynx.) Von Dr. Marini. (Rivista clinica e terap., April 1890 und Revue de laryngol. No. 13.)

Die verschiedenartigsten Pharyngeal- und Laryngealsymptome können bei Tabes eintreten und helfen zur Diagnose; bei vorgeschrittener Tabes sind diese Symptome auch mehr ausgesprochen. Dr. P. K.

Kornkern in der Lunge; Tracheotomie; Heilung. (Un grain de blé dans le poumon; trachéotomie; guérison.) (Virginia médical Monthly und Revue de laryngologie No. 15.)

Ein 4jähriges Kind hatte einen Kornkern verschluckt, welcher in die obersten Luftwege gelangte. Die Tracheotomie musste ausgeführt werden und während eines heftigen Hustenanfalles wurde ein grosser Kornkern durch die Canüle entfernt. Heilung.

Digitized by Google

In einem zweiten Fall wurde die Tracheotomie verweigert, das Kind kam immer mehr herab; ein sich bildender Lungenabscess perforirte in einen Hauptbronchus; der Eiter und mit ihm der Kornkern wurden ausgeworfen; das Kind heilte nach langem Krankenlager. Dr. P. K.

Fremdkörper in der Trachea. (Corps étranger de la trachée.) Von Dr. Antonio Linarez. (Gazeta medica Catalana, Juli 1889 und Revue de laryngologie No. 5.)

Ein künstliches Gebiss, bestehend aus zwei an einer Kautschukplatte befestigten Zähnen, wurde während des Schlafes aspirirt. Tracheotomie wegen Erstickungserscheinungen; 9 Tage nach der Operation versuchte man vergebens den Fremdkörper durch die Glottis zurückzuschieben. Verf. führte die Cricothyrotomie aus und entfernte künstlich den Fremdkörper. Verf. widerlegt durch dieses Beispiel den Ausspruch Nélaton's, welcher behauptete, ein mehr als 2 Centimeter messender Fremdkörper könne nicht in die Trachea gelangen. Dr. P. K.

Wie giebt das Micrographophon Halskrankheiten wieder? (How the micrographophon records throat diseases.) Von Dr. Mount Bleyer, New-York. (World, 29. Novbr. 1890.)

Verf. hat mit dem von Bettini verbesserten Instrument versucht, Stimmen, besonders kranke, aufzunehmen und dann wiederzugeben, theils als eine Art Beleg für den Erfolg einer Behandlung, theils um gewisse besondere Eigenthümlichkeiten von Halssymptomen zu Zwecken des Unterrichts aufzubewahren. So hat es die heiseren Noten eines Sängers vor und die reinen nach der Behandlung gezeigt, so den characteristischen Husten eines Phthisikers so täuschend wiedergegeben, dass die Zuhörer von dem Apparat sich entfernten, um nicht vollgehustet zu werden.

Es hat diese Art gewiss viel für sich, bei uns sind leider die Instrumente noch zu selten. Dr. M. Schm.

Aristol, ein neues Antisepticum. (L'aristol, un nouvel antiseptique.) Von Prof. Dr. Rohrer. (Archive ital. de laring. No. 2, 1890 und Revue de laryngologie No. 15.)

Aristol ist das Product der Verbindung von Jod, Kalium jodatum, Thymol. hydrolicum und Natrum carbonicum. Es sistirt lang dauernde Otorrhoe und chronischen Nasenfluss in den Fällen, wo Borsäure, Jodoform und Jodol im Stiche liessen. Dr. P. K.

III. Inserate.

Special-Katalog 1890 der Instrumente für Hals, Nase, Ohr

wird den Herren Aerzten auf Wunsch gratis zugesandt.

H. Pfau, Berlin, Dorotheenstr. No. 67 und Klosterstr. No. 30

Königl. Hoflieferant, Fabrikant chirurg. Instrumente und Bandagen.

Digitized by Google

Verlag von August Hirschwald in Berlin.

Soeben ist erschienen:

Gefrierdurchschnitte
zur
Anatomie der Nasenhöhle.

Herausgegeben von Prof. Dr. **B. Fränkel.**

Erstes Heft. 1890. Mit 6 Tafeln. 9 M.

Zweites Heft. 1891. Mit 11 Tafeln. 16 M.

INHALT.

I. Originalien: Kayser: Bericht über die im Kalenderjahre 1890 in der Prof. Gottstein'schen Privatpoliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten behandelten Krankheitsfälle. — Treitel: Laryngitis haemorrhagica. — Grünwald: Bemerkungen zur Behandlung des juvenilen Nasenrachensarcoms. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Schwabach: Ueber den Verlauf eitriger Mittelohrentzündungen bei Tuberculösen unter der Behandlung mit Tuberculin. — Loewenberg: Ueber Mittelohrentzündung nach Nasenschlunddouche. — Surmont: Entstehen einer tuberculösen scrophulösen Gumma nach Perforation des Ohrläppchens. — b) Rhinologische: Körner: Untersuchungen über Wachsthumsstörung und Missgestaltung des Oberkiefers und des Nasengerüstes in Folge von Behinderung der Nasenathmung. — Hajek: Die Bacterien bei der acuten und chronischen Coryza, sowie bei der Ozaena, und deren Beziehungen zu den genannten Krankheiten. — Ruault: Operationsmethode der adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes. — Potiquet: Schiefstand der Nasenscheidewand durch ein Trauma geheilt — Quinlan: Ein Fall von Galvanocauterisation der mittleren Muschel, gefolgt von Meningitis. — Raulin: Ueber Aprosexia nasalis. — Cervello: Lungenemphysem durch Verschluss der Nasengänge. — Dionisio: Neue Methode, einige Nasenleiden zu behandeln. — Barletta: Ueber die Behandlung des Keuchhustens mit Einblasen antiseptischer Pulver in die Nasenhöhle. — Thudichum: Fibrome des Nasenrachenraums, ihre erfolgreiche Behandlung durch neue Methoden. — Hulke: Fünf Fälle von Krankheiten des Sinus frontalis. — Cholmeley und Watson: Ein Fall von Asthma mit Polypen und Hypertrophien der Muscheln. — c) Pharyngo-laryngologische: Ballet: Hysterisches Stottern. — Charazac: Ein Fall von hysterischem Stummsein. Heilung durch Suggestion während der Hypnose. — Petrone: Beitrag zur Pathogenese der Tumoren in einem Falle von Teratome des Pharynx, einem Hautpolypen ähnelnd. — Carralero: Ludwig'sche Angina beim 6jährigen Kinde. — Gabbi: Pneumococcus der Amygdalitis follicularis. — Lostalot: Influenza, complicirt mit eiternder Parotitis: Oedema glottidis. Tracheotomie, Heilung. — Richardson: Ein Aneurysma im Pharynx. — Woakes: Ueber die Behandlung des Cystenkropfs, der Ranula und anderer Cysten mit Chromsäure. — Scheinmann: Ein Instrument zur Operation subglottischer Tumoren. — Guthrie: Die bulbären Krisen der diphtheritischen Lähmung bei Kindern. — van Gieson: Ein Beitrag zu der Pathologie der laryngealen und anderer Krisen bei der Tabes dorsalis. — Bleyer: Der Werth der Intubation des Kehlkopfs in Verbindung mit anderen Operationen. — Semon und Shattock: Ein Fall von Papillom des Kehlkopfs. — Egidi: Zweiblättriger permanenter Dilatator der Trachea. — Terillon: Behandlung der Struma mit Einspritzungen von Jodtinctur. — Orcel: Ueber Krebs der Glandula thyroidea. — Matignon: Ein Fall von Thyroiditis im Verlaufe von Mumps. — Petit: Schusswunden des Larynx und der Trachea. — Chapotat: Zerquetschung des Gesichts, Larynxfractur. — Périer: Larynxexstirpation ohne vorherige Tracheotomie. — Lévi: Larynxsutur. — Bienfait: Beitrag zur Lehre der Pathogenese des Morbus Basedowi. — Dennetières: Morbus Basedowi, Oedema glottidis in Folge einer Gumma der Cartilago cricoidea, Tod. — Livon: Physiologie der Nervi recurrentes. — Poncet: Ergiebige Einschnitte rings um die Glandula thyroidea bei Krebs derselben. — Rockey: Ein eigenthümlicher Fall von Asthma. — Bidwell: Fibröser Polyp der Luftröhre. — Furner: Nachricht über einen günstigen Fall von Oesophagotomie zur Entfernung einer Zahnplatte, welche 5 Jahre und 9 Monate in dem Oesophagus eingekeilt gewesen. — Voelker: Käsig entartete Drüsen in den Oesophagus durchgebrochen. — Terrillon: Unüberwindliche narbige Structur am unteren Ende des Oesophagus, Gastrotomie. — Clementi: Spontanes Aneurysma der Carotis interna. — Marini: Studie über Tabes dorsalis in Bezug auf die Symptome des Gehörorganes und des Larynx. — Kornkern in der Lunge. — Linarez: Fremdkörper in der Trachea. — Bleyer: Wie giebt das Micrographophon Halskrankheiten wieder? — Rohrer: Aristol, ein neues Antisepticum. — III. Inserate.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I. Freiung 7. zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**	**Dr. N. RÜDINGER** o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**	**Dr. v. SCHRÖTTER** Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**	**Dr. WEBER-LIEL** Professor der Ohrenheilkunde in **Bonn.**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.

Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXV. **Berlin, Juli 1891.** **No. 7.**

I. Originalien.

Bericht über die im Kalenderjahre 1890 in der Prof. Gottstein'schen Privatpoliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten behandelten Krankheitsfälle.

Von

Dr. **R. Kayser.**

Mit Vorbemerkungen von Professor Dr. Gottstein.

(Schluss.)

B. Krankheiten des Kehlkopfs, des Rachens und der Nase.

Krankheit.	Männliche	Weibliche	Zusammen	
Kehlkopf:				
Laryngitis acuta	36	18	54	
Laryngitis chronica.	47	26	73	
Laryngitis sicca	16	6	22	
Laryngitis hypoglottica	3	1	4	
Pachydermia laryngis	2	—	2	
Oedema laryng. genuin.	3	—	3	
Tuberculosis laryng.	23	11	34	
Lupus laryng. et nas.	1	—	1	242
Lues laryngis	4	1	5	

Digitized by Google

Krankheit.	Männliche	Weibliche	Zusammen	
Tumores laryngis benigni	2	8	10	
Tumores maligni laryngis	2	—	2	
Laryngospasmus	2	—	2	
Aphonia spastica	1	1	2	
Paresis m. thyreo-arytaenoidei int.	3	18	21	
Paralysis m. postici	—	1	1	
Paralysis n. recurrent.	2	4	6	
Rachen:				
Pharyng. acut. und Angina acut.	17	19	36	
Pharyng. chronica	64	77	141	
Pharyng. granul. et lateral.	11	17	28	
Pharyng. sicca	17	25	42	
Pharyng. mycotica	2	1	3	
Abscess. retropharyngeal.	1	—	1	
Pharyng. syphilit.	3	10	13	
Paraesthesia pharyng.	6	21	27	
Angina follicul.	8	22	30	
Angina phlegmonosa	15	15	30	
Hypertrophia tonsillar. chron.	7	15	22	520
Pharyng. retronasalis	—	7	7	
Hypertroph. tons.phar.(Veget.aden.)	48	50	98	
Bursitis	2	—	2	
Tumores retronasal.	1	4	5	
Uvula elongat. (Polyp. uvulae)	4	1	5	
Palatum fissum.	1	—	1	
Paralys. vel. palatin.	1	1	2	
Hypertroph. tonsill. lingual.	5	17	22	
Glossodynie	1	—	1	
Stomatitis aphthos.	1	3	4	
Nase:				
Acne	1	2	3	
Periostitis	1	2	3	
Eczem. adit. nar.	13	25	38	
Rhinit. acut.	2	2	4	
Rhinit. chronic.	30	26	56	
Rhinit. hypertroph.	20	28	48	
Rhinit. atroph. (Ozaena).	16	31	47	
Coryza nervos.	1	7	8	
Lues nasal.	2	5	7	
Epistaxis	7	5	12	
Synechiae	—	2	2	325
Perichondritis septi traumatica	2	1	3	
Difformationes post influenzam.	—	2	2	
Deviatio septi	21	9	30	
Perforat. septi simpl.	1	3	4	
Polypi narium	23	9	32	
Alii tumores	3	1	4	
Corp. alien. in nas.	3	1	4	
Catarrh. sin. frontal.	—	6	6	
Empyema antr. Highmori	4	8	12	

Digitized by Google

Krankheit.	Männliche	Weibliche	Zusammen	
Varia:				
Parotitis	4	2	6	
Struma	6	20	26	
Bronchitis	6	2	8	107
Alii morbi	13	18	31	
Sine diagnosi	17	19	36	
Summa	554	637	1194	

Unter den ausgeführten Operationen seien erwähnt:

Exstirpation von Kehlkopfpolypen	5
Curettement tubercul. Larynx-Geschwüre	7
Exstirpation hypertroph. Tonsillen	7
Schlitzung der Mandeln	6
Operation eines Uvula-Polyps	1
Exstirpation von Retronasaltumoren	2
Operation adenoider Vegetationen	64
Durchtrennung von Synechien in der Nase	3
Spaltung von Abscessen des Septum	3
Beseitigung von Deviationen und von Cristae septi	5
Exstirpation von Nasenpolypen	29
Abschnürung hypertrophischer Muscheln	13
Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase	4
Operationen des Empyema antri Highmori	5.

Bemerkungen.

Bei der Laryngitis acuta ist erwähnenswerth, dass unter den 54 beobachteten Fällen 22 im Anschluss an die Influenza aufgetreten sind.

Bei der Laryngitis sicca ist von ätiologischem Interesse, dass unter den männlichen Kranken eine verhältnissmässig grosse Zahl Feuerarbeiter (Schlosser etc.) betrifft und unter den 6 weiblichen Kranken 4 Köchinnen resp. Dienstmädchen sind, worauf schon M. Schmidt und Gottstein aufmerksam gemacht haben.

Von den 3 Fällen genuinen Kehlkopfoedems sind 2 bis zu Ende beobachtet. Der eine Fall betrifft einen 22jährigen Arbeiter, der seit 3 Tagen über Schmerzen beim Schlingen klagte, und bei dem Oedem des linken Aryknorpels mit einem Eiterpünktchen auf dessen Vorderfläche constatirt wurde. Auf Eisbehandlung war das Oedem in 4 Tagen vollkommen verschwunden. Der zweite Fall bezieht sich auf einen 42jähr. Haushälter, der erst unter Fieber an einer acuten Rachenentzündung (?) erkrankt war, welche in einigen Tagen vorüberging. Dann traten wieder Schlingschmerzen der rechten Seite auf und nun war ein starkes Oedem des rechten Aryknorpels zu sehen, dessen Vorderfläche ein Bläschen zeigte, das in den ersten Tagen sich vergrösserte, dann aber wieder kleiner wurde; in 10 Tagen war die Krankheit vollkommen beseitigt.

Bei der Larynxtuberculose ist ein Fall erwähnenswerth, wo auch ein tuberculöses Geschwür an der Spitze der Uvula und auf der nasalen Fläche des weichen Gaumens (rhinoscopisch zu constatiren) vorhanden war. Das abgekratzte Secret des letzteren enthielt zahlreiche Tuberkelbacillen.

Digitized by Google

Bei der Behandlung des tuberculösen Kehlkopfgeschwüres wurde das Curettement, die Milchsäure und 10procentiges Carbolglycerin mit Vortheil angewendet. In einzelnen Fällen wurde dadurch eine sichtbare Vernarbung der Geschwüre erzielt, wenn auch zuweilen wieder Recidive eintraten. Das 10procentige Carbolglycerin ist der Milchsäure in vielen Fällen ebenbürtig und hat den Vorzug, nicht nur weniger Schmerzen zu machen, sondern sogar schmerzlindernd zu wirken. Versuche mit Pyoktanin ergaben keine befriedigenden Resultate.

Unter den Fällen von Lues laryngis bestand in dem einen Fall eine hochgradige Stenose. Die betreffende Kranke, eine 29jährige Frau, war im Sommer wegen Perichondritis im Hospital tracheotomirt worden. Zur Zeit der Untersuchung im September bestand noch ein Geschwür auf der Spitze der Epiglottis und eine so hochgradige Verengerung der Stimmritze, dass die Trachealcanüle noch getragen werden musste. Die Kranke wurde mit Schrötter'schen Bougies behandelt, entzog sich aber nach einiger Zeit der weiteren Beobachtung.

In einem zweiten Fall, bei einem 18jähr. Schuhmachersohn, bestand anscheinend schon seit mehreren Jahren eine membranöse Verwachsung der vorderen Hälften der Stimmbänder. Irgend eine Athembehinderung war nicht vorhanden. Eine grosse Perforation in der Mitte des Gaumens, Defect der ganzen unteren Nasenscheidewand, sowie die Anamnese stellten die Diagnose einer hereditären Lues ausser Zweifel.

Unter den gutartigen Larynxtumoren befinden sich 3 Fälle von Papillomen. In dem einen Falle, wo es sich um ein 11jähriges Mädchen handelte, gelang es zwar, einzelne Geschwulsttheile intralaryngeal zu entfernen, allein schliesslich musste das Kind doch der chirurgischen Klinik überwiesen werden, wo die Thyreotomie mit nachfolgender Entfernung der Neubildungen ausgeführt wurde.

Von den 2 Fällen bösartiger Larynxtumoren ist der eine nur kurze Zeit in Beobachtung gewesen; in dem anderen — 70jähr. Mann — fand sich eine grosse ulcerirende Geschwulstmasse, welche den Kehldeckel und die glosso-epiglottischen Falten einnahm. Die Stimmbänder selbst waren, soweit sie sichtbar, frei. Auch war die Stimme nicht heiser, hatte jedoch den eigenthümlichen Character einer „gedeckten" Stimme.

Unter den 6 Fällen von totaler Recurrenslähmung betreffen 5 das linke, einer das rechte Stimmband. Im letzteren Falle hatte vor einem halben Jahre eine syphilitische Infection stattgefunden. Bei den übrigen war als Ursache der Lähmung ein Mal Struma, ein Mal Aortenaneurysma nachzuweisen. In einem Falle zeigten sich bei linksseitiger Recurrenslähmung zahlreiche grosse Drüsengeschwülste auf der rechten Halsseite und eine Vorwölbung des Brustbeins, also wahrscheinlich ein Mediastinaltumor. In zwei Fällen linksseitiger Stimmbandlähmung zeigte der Aryknorpel der gelähmten Seite eine auch schon früher von mir beobachtete Bewegung, die ich „Pendelzuckung" nennen möchte. Sie besteht darin, dass der Aryknorpel der gelähmten Seite, sobald die Stimmbänder nach der Phonation die Inspirationsstellung erreicht haben, eine zuckende Bewegung nach der Mittellinie und wieder zurück macht. Bewegungen des Aryknorpels bei Recurrenslähmung sind schon seit lange bekannt und wohl darauf zurückzuführen, dass die Mm. transversi auch

Digitized by Google

vom N. laryng. sup. versorgt werden (Exner). Die Pendelzuckung, die übrigens durchaus nicht in allen Fällen von Recurrenslähmung zu beobachten ist, lässt sich vielleicht als ein Sehnenreflex auffassen, analog dem Knie- oder Fussphänomen. Bei der auf die Phonation folgenden Inspiration wird durch den Posticus der gesunden Seite ein Zug auf den erschlafften Muscul. transversus ausgeübt, und da wegen Lähmung des M. posticus der anderen Seite dieser Aryknorpel nicht fixirt ist, wird er durch eine Reflexzuckung des M. transversus nach Innen bewegt.

In dem Falle von rechtsseitiger Recurrenslähmung wurde die eigenthümliche Bewegungserscheinung beobachtet, dass bei jeder Phonation die rechte Kehldeckelhälfte eine zuckende Bewegung nach links machte.

Bei der Pharyngitis resp. Tonsillitis mycotica, deren Unterscheidung von einer syphilitischen Erkrankung oft grosse Schwierigkeiten macht, hat zuweilen, nachdem alle Mittel erfolglos geblieben waren, eine Aetzung der Mandeloberfläche mit Chromsäure vollkommenen und dauernden Erfolg erzielt.

Bei der Angina phlegmonosa treten bekanntlich häufig in kürzeren oder längeren Zwischenräumen Recidive ein, wahrscheinlich, weil kleine Eitermengen zurückbleiben. Zur Verhütung der Recidive wende ich folgendes Verfahren an: Nach Eröffnung des Abscesses durch einen ziemlich grossen Schnitt wird die Abscesshöhle mittelst eines eingeführten gebogenen Röhrchens mehrmals gründlich ausgespült, bis durch die Ausspülung keine Spur von Eiter mehr herauskommt. Als Spülflüssigkeit dient gewöhnlich ganz schwache Sublimatlösung.

Die Entfernung der adenoiden Vegetationen wurde in den meisten Fällen mit dem Gottstein'schen Ringmesser ausgeführt, zuweilen besonders bei älteren Patienten wurde durch die Nase die Drahtschlinge nach dem Nasenrachenraum geführt und unter Leitung des im Nasenrachenraum befindlichen Fingers der linken Hand die Abschnürung vorgenommen. Einen besonders eclatanten Erfolg durch Entfernung der aden. Vegetationen erzielte ich in der Privatpraxis bei der 12jährigen Tochter eines Collegen, welche seit 5 Jahren an asthmatischen Anfällen litt, die bes. in der Nacht und im Winter auftraten. Seit dem October 1890, wo ich die Entfernung der Vegetationen vornahm, ist das Mädchen den ganzen Winter von asthmatischen Anfällen verschont geblieben.

Unter Rhinitis hypertrophica begreife ich diejenigen Fälle, bei welchen es zu einer mehr oder minder umfangreichen Schwellung der vorderen oder hinteren Muschelenden gekommen ist. Soweit es angängig war, sind in diesen Fällen nach vorheriger Cocainisirung die Schwellungen mit der kalten Schlinge abgetragen worden. Sehr häufig kam die Aetzung mit Chromsäure in Anwendung, zuweilen, besonders bei Kindern, wurde auch die Trichloressigsäure benutzt. Dieselbe hat aber nur den Vortheil der Ungiftigkeit, steht jedoch an Wirksamkeit der Chromsäure entschieden nach.

Bei der Ozaena überwiegt, wie allgemein bekannt, das weibliche Geschlecht bedeutend (31 weibliche Fälle gegen 16 männliche), auch ist das jugendliche Alter von 5—20 Jahren am meisten befallen. Von der Ozaena eine Rhinitis atrophica als besondere klinische Form abzutrennen, liegt kein zwingender Grund vor. Nach Jurasz besteht das unterscheidende Merkmal in dem Mangel des Fötors. Allein, dieser Mangel stellt wahr-

Digitized by Google

scheinlich immer ein Rückbildungs- resp. Heilungsstadium der Ozaena vor. Trotz der Langwierigkeit dieses Leidens tritt doch im Laufe der Zeit, auch abgesehen von jeder Behandlung, ein Rückgang der Symptome ein, und zwar verschwinden dieselben immer in bestimmter Reihenfolge so dass zuerst der Fötor aufhört, später allmählig die Borkenbildung nachlässt, nur die Atrophie bleibt unverändert bestehen. So erklärt es sich, dass die Fälle von Rhinitis atrophica sine foetore meist dem späteren Lebensalter — jenseits des zweiten und dritten Decenniums — angehören, und dass bei ihnen gleichzeitig atrophische Rachen- und Kehlkopfcatarrhe besonders häufig vorhanden sind. Auch bei Jurasz*) liegt das Maximum des atrophischen Rachencatarrhs im zweiten Decennium des Lebensalters, bei der Ozaena im ersten, und die Complicationen mit chron. Pharyng. und Laryngitis sind viel häufiger bei ersterer, als bei letzterer.

Bei dem nervösen Schnupfen verdient folgender Fall Erwähnung: Ein 42jähriger Bäckermeister giebt an, seit 7 Jahren Schnupfen zu haben, welcher sich darin äussert, dass er, besonders bei Aufenthalt in staubigem Raume, Anfälle von Niessen und starker Flüssigkeitsabsonderung aus der Nase bekommt. Die Untersuchung ergiebt keinerlei Schwellung oder Röthung der Schleimhaut. Dieselbe ist aber gegen jede Berührung ausserordentlich empfindlich und beantwortet jeden tactilen Reiz mit einem heftigen, exspiratorischen Reflex. Es wird dem Kranken empfohlen, jedes Mal, bevor er seinen mit Mehlstaub erfüllten Geschäftsraum betritt, in die äusseren Nasenöffnungen Watte zu legen, und der Kranke berichtet in der That nach einiger Zeit, dass er dadurch von den Niessanfällen verschont worden ist. Der Vergleich der Erkrankung mit dem sogen. Heufieber liegt nahe.

Unter Difformatio nasi sind folgende 2 Fälle untergebracht, bei denen im Anschluss an die Influenza Difformitäten der Nase entstanden sind:

1. Fall: 14jähriges Mädchen hat nach Influenza erst Eiterausfluss aus der Nase und dann Sattelnase bekommen. Die Untersuchung ergiebt die Scheidewand etwas nach rechts ausgebogen, aber unversehrt. Am Nasenrücken von Aussen ist unterhalb der Nasenbeine nicht der harte Rand des Knorpels zu fühlen, sondern der Nasenrücken weich und eindrückbar, so dass anscheinend ein Theil der knorpeligen Scheidewand ausgestossen worden und durch Bindegewebe ersetzt ist.

2. Fall: 3½jähr. Mädchen, welches bei der Influenza Schwellung und Verstopfung der Nase bekam, worauf mehrwöchentliche Eiterung mit Abstossung fetziger Massen folgte und schliesslich die Nase eingefallen sei (Sattelnase). Die Untersuchung ergiebt auch hier, dass aussen am Nasenrücken kein harter Knorpelrand zu fühlen ist, die Scheidewand ist intact, links etwas concav. Die linke Nasenhöhle ist frei, in der rechten Nasenhöhle besteht aber nahe der Oeffnung eine vollkommene ringförmige Verwachsung, in dieser befindet sich eine ganz feine Oeffnung, durch welche eine feine Sonde nur eine kurze Strecke vordringen kann. Die Luftpassage ist rechts vollkommen aufgehoben. Es hat also wahrscheinlich hier ein ulcerativer Process mit Knorpelnecrose und Narbenverwachsung sich abgespielt.

*) Die Krankheiten der oberen Luftwege. I. Heft. Heidelberg 1891.

Digitized by Google

Die Perichondr. septi traumat. umfasst folgende 3 Fälle:

1. Fall: 27jähriger Mann, Schlag mit einer Holzstange gegen die Nase, weiche, fluctuirende Geschwulst des Septum beiderseits, Probepunction ergiebt Eiter, durch Schnitt grössere Menge von Eiter entleert, Ausspülung der Eiterhöhle, Tamponade mit Jodoformgaze, Heilung in 8 Tagen.

2. Fall: 15jähriger Knabe, Stoss gegen die Nase. Beide Nasenöffnungen verlegt durch geschwollene, nach aussen prolabirte Septumschleimhaut, Nasenrücken weich, eindrückbar. Therapie: wie in Fall 1; nach 10 Tagen Prolaps verschwunden, Knorpelrand von aussen wieder zu fühlen, Heilung.

3. Fall: 34jährige Frau, vor 3 Wochen Stoss gegen die Nase, Nasenverstopfung. Weiche, obturirende Geschwulst der Scheidewand beiderseits, Probepunction etc., wie in Fall 1; Heilung.

Unter den 32 Fällen von Nasenpolypen befinden sich zwei, bei welchen asthmatische Anfälle vorhanden und nach Entfernung der zahlreichen Polypen entweder beseitigt oder erheblich gebessert waren.

Die Beseitigung von Fremdkörpern aus der Nase wird meist in folgender Weise geübt: Das vordere Ende einer gewöhnlichen Sonde wird hakenförmig gekrümmt und unter Leitung des Spiegels möglichst hoch zwischen Scheidewand und Muschel so eingeführt, dass der Haken hinter den sichtbaren oder vermutheten Fremdkörper gelangt, welcher dann leicht, selbst bei widerspänstigen Kindern zu Tage gefördert wird.

Unter den 12 Fällen von Empyem der Highmorshöhle wurde bei 6 das Vorhandensein eines lateralen Schleimhautwulstes constatirt. In einem Falle war die Eröffnung von der Zahnalveole aus von anderer Seite vorgenommen worden, in 5 Fällen habe ich die Operation vom unteren Nasengange aus mittelst des Krause-Schwartz'schen Troicarts ausgeführt. Ich habe es zweckmässig gefunden, den letzteren so zu modificiren, dass er um einige Centimeter verlängert wird und die Spitze nicht rund, sondern lanzettförmig gestaltet wird. Nach mehrmaliger Durchspülung der Höhle wurde die trockene Behandlung (Einstäubung von Jodoformpulver) angewendet und hiermit günstige Resultate erzielt.

Experimentelle Untersuchungen zur Lehre der Kehlkopflähmungen.

Von

Dr. **A. Ónodi,**

Docent für Nasen-, Rachen- und Kehlkopf-Krankheiten in Budapest.

IV.

Ich habe den Accessorius spinalis auch experimentell geprüft. Ich habe diese Versuche bei gefensterter Trachea ausgeführt, um die geringste Veränderung im Kehlkopfe genau controlliren zu können. Ein Experiment habe ich knapp nach dem Tode ausgeführt. Die electrische Reizung des Accessorius spinalis resultirte starke Contraction der Nacken-

Digitized by Google

musculatur, dagegen blieben die Stimmbänder in der Cadaverstellung. Wurde aber der Recurrens gereizt, so gerieth das Stimmband sofort in die Mittellinie. Das zweite Experiment wurde am lebenden Hunde ausgeführt. Die Durchschneidung des linken Accessorius spinalis rief keine Veränderung hervor; die Reizung desselben erzielte nur Contraction der Nackenmusculatur. Beim dritten Experimente wurden am lebenden Hunde beide Accessorii durchtrennt zwischen Atlas und Foramen magnum. Die Stimmbänder zeigten wie im vorigen Experiment keinerlei Störung, die Bewegungen nach innen und aussen folgten wie gewöhnlich weiter.

Diese einschlägigen Resultate zeigen, dass der Accessorius spinalis mit der Innervation der Kehlkopfmusculatur nichts zu thun hat.

* * *

Resultate.

1) Der motorisch innervirende Nerv der directen Stimmbandmuskeln ist der N. recurrens. Die Annahme der doppelten Innervation muss beseitigt werden mit allen in diesem Sinne aufgestellten Hypothesen, betreffend die Posticus-Lähmung und Medianstellung der Stimmbänder.
2) Die von mir beim Menschen entdeckten vielfachen Verbindungen zwischen dem Laryngeus sup. und inf. sind Kreuzungspunkte, durch welche von anderweitigen Stellen entstehende Nerven zu den verschiedenen Theilen der Kehlkopfschleimhaut gelangen. Die anatomisch nachweisbaren Schleimhautnerven kreuzen sich in der Mittellinie; die sensible Innervirung ist eine beiderseitige.
3) Beim Hunde sind in den Bahnen der Communicanten zwischen Plexus brachialis und Sympathicus, ferner in dem doppelten Grenzstrang zwischen unterem sympathischen Halsganglion und erstem Brustganglion motorische Fasern der Kehlkopfmusculatur enthalten.
4) Der Accessorius spinalis hat mit der motorischen Innervation des Kehlkopfes nichts zu thun.
5) Die isolirten Nervenfäden der Postici verlieren früher ihre Leistungsfähigkeit, als die der Verengerer. Ebenfalls sterben die Postici früher ab, als die Schliesser. Die Rosenbach-Semon'sche Lehre ist experimentell bekräftigt.
6) Die Jelenffy'sche Behauptung, dass der Posticus den Stimmbandfortsatz nach innen drehen kann, ist experimentell entkräftigt.

Budapest, den 20. Mai 1891.

Ein Fall von doppelseitigen Nasensteinen.

Von

Dr. **Nitsche** in Salzbrunn.

Die in letzter Zeit, wie mir däucht, häufigere Erwähnung von Rhinolithen veranlasst mich, unter mehreren derartigen Beobachtungen einen in der letzten Saison in Salzbrunn behandelten Fall zu veröffentlichen, der in mancher Beziehung von Interesse ist.

Digitized by Google

Es handelt sich dabei um eine Dame von ca. 40 Jahren, welche, abgesehen von einer Bronchitis, wegen welcher sie eigentlich Salzbrunn aufgesucht hatte, über einen von Jugend auf bestehenden, sehr lästigen, eitrigen, oft auch blutigen Ausfluss aus der Nase zu klagen hatte; Schmerzen bestanden nur zeitweise in der Stirngegend. Die Untersuchung der gut gesäuberten Nase liess zunächst auf der linken Seite weder an den Schleimhäuten noch sonstwo etwas Abnormes sehen — bis auf einen schmalen, länglichen, grauen Fleck zwischen Septum und mittlerer Muschel, welcher ungefähr den Eindruck von etwas eingetrocknetem ozaenösen Secret machte; erst die vorgenommene Sondirung ergab die Anwesenheit eines nach hinten eingekeilten, festen Körpers, von dem man nur einen kleinen Theil seiner vorderen Fläche übersehen konnte. Die sofort vorgenommene Lockerung und schliessliche Extraction des Fremdkörpers, welche trotz Cocain sehr schmerzhaft war und mit starkem Blutverlust vor sich ging, ergab einen Rhinolithen von brauner Farbe, Stechapfelform, mit vielen spitzen Zacken, deren am weitesten divergirende Spitzen eine Entfernung von fast 2 Ctm. von einander hatten; der Kern desselben war noch deutlich als Kirschkern zu erkennen. Die Untersuchung der rechten Nasenseite, welche sich sofort anschloss, zeigte beinahe dasselbe Bild, wie das oben beschriebene; fast gar keine sichtbaren entzündlichen Erscheinungen und einen nur durch Sondirung feststellbaren Fremdkörper; auch dieser war ein Nasenstein von Stechapfelform, brauner Farbe, ebenso gross wie der bereits erwähnte, im Centrum ein Kirschkern. Die Heilung der Schleimhautwunden erfolgte vollständig in ca. 14 Tagen.

Der Fall dürfte zunächst durch die Doppelseitigkeit der Nasensteine auffallen, dann aber durch die sicher weit über 20 Jahre dauernde Anwesenheit derselben in der Nase ohne bedeutendere Symptome, als der allerdings sehr beklagte, eitrige Ausfluss; auch giebt er einen Beweis für die Wichtigkeit der Sondenabtastung bei jeder Untersuchung der Nase.

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Ueber den therapeutischen Werth einiger neuer, in die ohrenärztliche Praxis eingeführter Heilmittel. Von Dr. Sigismund Szenes, Ohrenarzt in Budapest. Vorgetragen am 14. Juni 1890 in der königl. Gesellschaft der Aerzte zu Budapest. (Orvosi hetilap No. 36—39, 1890. — Therap. Monatshefte No. 10—12, 1890.)

Zuvörderst rügt Verf. das Vorgehen, wonach neuestens viele Medicamente als „sicher wirkende" empfohlen werden, doch zeigen sich dieselben in den meisten Fällen für nutzlos oder nur von geringerem Werthe, und berichtet nun über den therapeutischen Erfolg folgender Mittel:

Menthol. Es wird in 20proctgr. Lösung mit Oel gegen die Furunculose des äusseren Gehörganges empfohlen. Nach neueren Versuchen resultirt Verf. seine Erfahrungen dahin, dass es nach dem Spalten und Auslöffeln des Furunkels empfohlen werden kann; die

Digitized by Google

Behandlungsweise ist eine recht bequeme (nur einmal täglich hat der Mentholtampon gewechselt zu werden), verursacht jedoch nur zu oft ein lästiges Brennen und vermag nicht immer eine neue Furunkelbildung aufzuhalten.

Aluminium acetico-tartaricum in 20proctgr. Lösung, das Sublimat (0,05 Grmm. auf 30 Grmm. Wasser und 20 Grmm. Glycerin) und die essigsaure Thonerde (vierfach mit Wasser verdünnt) wurden zu Instillationen empfohlen. Die ersteren zwei Lösungen bewiesen sich in einigen Fällen als ganz gute Mittel, jedoch erst nach der Spaltung oder spontanem Eröffnen des Furunkels, die letztere wirkte schmerzstillend bei diffusen Entzündungen des äusseren Gehörganges, welche sich chronischen Paukenhöhleneiterungen anzuschliessen pflegen.

Carbolglycerin, im ersten Stadium der acuten Paukenhöhlenentzündung, in 15proctgr. Lösung zu Einträufelungen verwendet, konnte die Suppuration nicht immer verhindern, und theilt Verf. hier einen Fall mit, wo trotz sorgfältigster Anwendung des Mittels am 20. Tage der Erkrankung die Eiterung spontan erfolgte, und die Otorrhoe sistirte erst nach 6 Wochen.

Creolin zeigte sich in einer 2proctgn. Salbe gegen acutes Eczem des äusseren Gehörganges und der Ohrmuschel von vortrefflicher Wirkung. — Zu Ausspritzungen (5 Tropfen auf 0,5 Liter Wasser) bei Paukenhöhleneiterungen empfiehlt es Verf. nur für solche Fälle, wo die Behandlung dem Kranken selbst überlassen wird, da es als ungiftiges und unschädliches Mittel mehr nützt, als die gewöhnlich angewendeten Theesorten.

Von pulverförmigen Medicamenten, die bei Otorrhöen zu Insufflationen empfohlen wurden, sind Versuche mit Jodol, Bismuthum salicylicum, Aristol und Borsäure mitgetheilt. Von den ersteren zweien sah Verf. gar keinen Erfolg; das Aristol bewährte sich als antiseptisches Streupulver bei Processen, die sich im äusseren Gehörgange abspielten, bei Paukenhöhleneiterungen jedoch empfiehlt er es gar nicht, weil unangenehme Complicationen noch früher und leichter als auf die Borsäure-Behandlung auftreten. Letztere wird nur bei solchen Trommelfellperforationen empfohlen, die genügend gross sind und an passender Stelle sitzen und wo keine Eiterretention und deren Folgen zu befürchten sind; selbst dann aber soll nur wenig Pulver eingeblasen werden.

Milchsäure in 15proctgr. Lösung bewährte sich auch nicht bei chronischen Otorrhöen, und wirkt dieselbe, selbst in schwächerer Concentration, ätzend und schmerzhaft auf die Epidermis des äusseren Gehörganges und der Ohrmuschel.

Cocain versuchte Verf. in 14 Fällen von Ohrensausen, jedoch nur dann, wenn das Sausen auf anderseitige klinische Behandlung nicht sistiren wollte. In 2—5proctgr. Lösung wurde das Cocain in die Paukenhöhle oft Wochen hindurch täglich injicirt, doch blieb der Erfolg immer aus. Intoxicationserscheinungen hat auch Verf. in 3 Fällen beobachtet.

Auch über den günstigen Erfolg der Massage wird auf Grund 16 einschlägiger Fälle berichtet, in denen es sich um eine acute Paukenhöhlenentzündung handelte, dieselbe jedoch erst nach Sistirung der Suppuration angewendet wurde, ebenso in jenen Fällen, wo der Process in Eiterung gar nicht übergegangen war, wenig Secret sich aber doch

Digitized by Google

noch in der Paukenhöhle vorfand, welches auf die übliche Behandlungsweise mittelst Ballons oder Catheters nicht zur Resorption kommen wollte.

Schliesslich hebt Verf. hervor, dass die fortwährend auftauchenden neuen Medicamente, Instrumente und Verfahren zwar auf einen Fortschritt in der Medicin deuten, doch discreditiren wir andererseits unsere Disciplin, wenn wir auch nichts nutzende Sachen preisen.

Autoreferat.

Chronische circumscripte Entzündung und Polyp des äusseren Gehörganges als Druckerscheinung in Folge eines Cerumenpfropfes. Von Dr. A. Eitelberg, Wien. (Wiener med. Presse No. 39, 1890.)

Bei einem 22jährigen Stubenmädchen bestanden seit 2 Monaten beträchtliche Schmerzen im rechten Ohre und war als Ursache derselben rechterseits an dem äusseren Rande der vorderen unteren Gehörgangswand eine fluctuirende erbsengrosse Geschwulst vorhanden, die innere Partie des Gehörganges hingegen war von Cerumen ausgefüllt. Letzteres wurde ausgespritzt und kam nun im inneren Drittel der hinteren unteren Gehörgangswand eine 5 Mmtr. lange und 3 Mmtr. breite, plattgedrückte, einem spitzen Condylom ähnliche, polypöse Wucherung zum Vorscheine; diese wurde zweimal mit Chromsäure geätzt und verschwand vollkommen.

Verfasser hat schon mehrmals Gelegenheit gehabt, ähnliche Fälle zu beobachten, wo ein Cerumenpfropf als Causalmoment einer chronischen circumscripten Entzündung des äusseren Gehörganges zu Grunde lag und immer war die Involution in kürzerer oder längerer Zeit von selbst erfolgt.

Szenes.

Ueber subjective Ohrgeräusche bei der Otitis interna. Von Dr. Giuseppe Gradenigo, Turin. (Allgem. Wiener med. Zeitung No. 36, 1890.)

Verfasser theilt den Fall eines jungen intelligenten Fräulein mit, welches mit einer langsam fortschreitenden bilateralen Otitis interna, höchstwahrscheinlich infectiösen Characters, behaftet war, bei dem ausser einer beträchtlichen Verminderung der Hörschärfe auch noch andauernde subjective Geräusche verschiedener Tonhöhe, früher auch noch häufige, gegenwärtig jedoch vollständig fehlende Schwindelanfälle bestanden hatten. Die objective Prüfung der Nasen- und Nasenrachenhöhle war durchaus negativ; die Trommelfelle zeigten geringe Röthung, waren aber nicht retrahirt, die Luftdouche und der Catheterismus bewirkten gar keine Besserung. Die electrische Prüfung des Hörnerven ergab exquisite Ueberreizbarkeit, so dass man mit M A paradoxe Reactionen sowohl am rechten, wie am linken Ohr erhielt. Verfasser überlässt nun das Wort seiner Patientin, schliesst stellenweise seine erläuternden Bemerkungen an und erinnert schliesslich daran, dass man bei Anwendung acustischer Reize zu Heilzwecken, bei den Affectionen des inneren Ohres, sehr vorsichtig vorzugehen hat.

Szenes.

Digitized by Google

Ueber Erkrankungen des Ohres bei Diabetikern. Von Prof. Dr. Kuhn. (Archiv für Ohrenheilkunde, 29. Bd., I. Heft.)

K. lässt die wenigen bisher gemachten Beobachtungen über Ohraffectionen bei Diabetes Revue passiren, welche eine Reihe von Symptomen boten, deren gleichzeitiges Auftreten bei den uns bekannten Formen der acuten Mittelohrentzündung nicht mit dieser Regelmässigkeit beobachtet wird; es sind dies der meist schon von Anfang an stürmische Verlauf, die oft sehr profuse Eiterung, die starken Blutungen und hauptsächlich die rasche Betheiligung des Warzenfortsatzes; bei den 4 hier gemachten Sectionen fanden sich ausgedehnte Zerstörungen der knöchernen Mittelohrtheile, die besonders bei der Kürze der Krankheitsdauer auffallend sein mussten. K. bringt im Anschluss daran die genauen und höchst lehrreichen Krankengeschichten zweier von ihm beobachteter Fälle diabetischer Otitis; der eine betraf einen 54jähr. Alcoholiker von aussergewöhnlich grossem und kräftigem Körperbau, der angeblich seit einem Jahre an Diabetes (7—8 pCt.) litt und eine rechtsseitige Otorrhoe nach Angina acquirirte; trotz profusen Ausflusses dauerten die Schmerzen 8 Tage in heftigster Weise an; am dritten Tage der Erkrankung war das Hörvermögen rechts schon ganz erloschen, am siebenten Tage zeigte sich Periostitis mastoidea, am 22. Tage trat Schüttelfrost, heftiges Erbrechen auf, Tags darauf profuse Ohrblutung in der Dauer von 10 Minuten; von da an sistirte die Otorrhoe. Schwindel, Haemoptoë und Schüttelfröste gingen noch dem Tags darauf eingetretenen Exitus letalis voraus. Bei der Section fanden sich aussergewöhnlich grosse Zerstörungen im Felsenbeine mit Durchbruch gegen den Sinus sigmoideus; die übrigen knöchernen Theile der Pyramide waren entzündlich erweicht und liessen sich fast wie Wachsmassen präpariren und schneiden.

Im zweiten Falle gelang es K., bei einem Diabetiker (5 pCt.) eine beiderseitige Otitis media suppurativa chron., welche zur Periostitis geführt hatte, durch energische operative Behandlung derselben zur Ausheilung zu bringen.

K. ist nun der Ansicht, dass die die Ostitis verursachenden Mikroorganismen in den Geweben und Säften der Diabetiker, vielleicht durch den grossen Zuckergehalt derselben, den günstigsten Nährboden finden, was das rasche Zustandekommen so tiefer Zerstörungen erkläre. Die im Warzenfortsatze und der Paukenhöhle sich bildenden Eitermassen gäben eine ständige Infectionsquelle ab, die im Vereine mit der leichten Ausbreitbarkeit der Mikroben dem Ohrprocesse einen so beschleunigten und bösartigen Character verleihe. Dem zu Folge wirft K. die Frage auf, ob es in Fällen profuser Otorrhoe bei Diabetikern nicht angezeigt sei, durch breite Eröffnung des Warzenfortsatzes den im Mittelohre sich bildenden Eitermassen einen besseren Ausweg zu schaffen. Einerseits gefährde die unter antiseptischen Cautelen ausgeführte Trepanation gar nicht das Leben solcher Kranken, die ohne diese Operation sicher zu Grunde gehen; andererseits lehren die Erfahrungen der Chirurgen, dass operative Eingriffe bei Diabetikern nicht immer ungünstig verlaufen müssen. K. schliesst sich daher auch für die auf dem Gebiete der Ohrenheilkunde nothwendigen operativen Eingriffe bei den Diabetikern nicht nur dem Ausspruche König's an, „dass bei diabetischem Brande u. s. w., wenn trotz antidiabetischer Cur und antiseptischer Localbehandlung die allgemeinen

Digitized by Google

diabetischen und localphlegmonösen Erscheinungen nicht zurückgehen und ein weiteres Abwarten erhebliche Gefahr für den Kranken bedingt, durch eine radicale, aber mit der grössten Peinlichkeit durchgeführte, antiseptische Operation die Lebensrettung des Kranken versucht werden muss", sondern hält die Ausführung der Trepanation für berechtigt auch bei jenen Fällen diabetischer Otitis, welche nur mit profuser Eiterung einhergehen, bei welchen erfahrungsgemäss das Auftreten enormer Zerstörungen an den Weichtheilen und knöchernen Wänden der Paukenhöhle zu befürchten ist. Gomperz.

Ein Fall von diabetischer, primärer Ostitis des Warzenfortsatzes nebst Bemerkungen über den Einfluss grösserer Operationen auf den Verlauf des Diabetes. [Von Dr. Otto Körner. (Archiv f. Ohrenheilkunde, 29. Bd., I. Heft.)

K. bekam einen Fall von Ostitis media suppurativa zur Behandlung, bei dem die Erkrankung ebenfalls unter heftigen, auffallend lang dauernden Schmerzen im Ohre einsetzte, die auch dann nicht nachliessen, als am 10. Tage der Erkrankung Eiterung auftrat. Selbst eine Paracentese mit ausgiebiger Eiterentleerung, die zwei Tage später ausgeführt wurde, brachte sie nicht zum Schwinden. Als ca. 4 Wochen nach Beginn des Leidens trotz der sorgfältigsten Localbehandlung kein Nachlass der Eiterung und der Schmerzen erzielt werden konnte, kam K. auf die Idee, den Urin zu untersuchen und fand Diabetes. Trotz antidiabetischer Cur, welche die Zuckerausscheidung auf ein Minimum reducirte, trat 3 Wochen später Druckempfindlichkeit am Warzenfortsatze auf, ohne Spur eines äusseren Zeichens einer Knochenerkrankung. Als 14 Tage später der secernirte Eiter bräunlich ward und um die Perforation im Trommelfelle Granulationen aufschossen, meisselte K. den Warzenfortsatz auf und fand eine wallnussgrosse, mit Granulationen erfüllte Höhle darin. Neun Tage darauf sistirte die Otorrhoe, nach 13 Wochen war auch die Operationswunde verheilt; die Zuckerausscheidung dauerte fort (5 Grm. täglich).

K. meint, die Frage, unter welchen Umständen man einen Diabetiker dem schweren Eingriffe einer länger dauernden Operation ohne Bedenken unterwerfen dürfe, werde erst dann in einer wissenschaftlich befriedigenden Weise zu entscheiden sein, wenn eine grössere Reihe von Fällen vorliegen werde, in welchen der diabetische Stoffwechsel vor und nach der Operation genau untersucht worden ist. Seine diesbezüglichen Untersuchungen in dem oben angeführten Falle zeigten, dass ein Diabetiker leichteren Grades eine lange dauernde, eingreifende Operation ohne Nachtheil überstand und dass der Diabetes durch dieselbe nicht in ein schwereres Stadium übergeführt wurde. Gomperz.

Neuer Beitrag zur Lehre von der Entstehung des Cholesteatoms des Mittelohres. Von Dr. J. Habermann, Prag. Vorgetragen in der Abtheilung für Ohrenheilkunde der 62. Versammlung deutscher Aerzte und Naturforscher in Heidelberg 1889. (Zeitschrift f. Heilkunde, Bd. XI, Heft 1.)

Durch zwei neue Fälle wünscht Verfasser seine schon früher veröffentlichte Ansicht*) von Neuem zu bekräftigen. Der erste Fall betrifft

*) Archiv f. Ohrenheilk. Bd. 27, pag. 42.

Digitized by Google

einen 14jährigen Knaben, bei welchem linkerseits zwei Cholesteatome im Mittelohre gefunden wurden; der Befund ist bereits vom Ref. in Kürze mitgetheilt**). — Im zweiten Falle handelte es sich um einen 27jährigen Sträfling, bei dem die pathologisch-anatomische Diagnose folgende war: Abscessus cerebelli et meningitis basilaris suppurativa ex otitide interna et media suppurativa sinistra. Degeneratio parenchymatosa hepatis renumque. Tumor lienis acutus. Catarrhus ventriculi chronicus. Gastromalacia peptica. — Nachdem das linke Gehörorgan in Müller'scher Lösung gehärtet und in Salpetersäurelösung entkalkt war, wurde dasselbe microscopisch untersucht, doch konnte ein Zusammenhang des Cholesteatoms im Warzenfortsatze mit der Epidermis des äusseren Gehörgangs beziehungsweise des Trommelfells nicht nachgewiesen werden, und somit glaubt Verfasser, dass die Pathogenese in diesem Falle nicht so klar wäre, wie in den früheren Fällen, man könnte sogar in letztem Falle an eine eigentliche Geschwulst im Warzenfortsatze denken. Ausser dem Cholesteatom hatte eine Otitis suppurativa bestanden, die vom Mittelohr durch das runde Fenster hindurch auf das innere Ohr übergriff; vom inneren Ohre war dann die Entzündung durch den Aquaeductus cochleae und längs der Scheiden des Nervus acusticus auf das Gehirn übergegangen.

Schliesslich glaubt Verfasser aus den von ihm bis nun untersuchten Fällen einerseits darauf schliessen zu können, dass das Hineinwachsen der Epidermis des äusseren Gehörganges oder des Trommelfells in das Mittelohr zur Bildung der Cholesteatome führt, andererseits aber das Cholesteatom auch als eigentliche Geschwulstbildung im Mittelohr oder auch durch eine Metaplasie des Paukenhöhlenepithels entstehen kann. Szenes.

Die operative Eröffnung des Warzenfortsatzes. Von Prof. Dr. Julius Böke, Budapest. Vorgetragen in der chirurgischen Section der XXV. Versammlung ungarischer Aerzte und Naturforscher zu Grosswardein. (Gyógyászat No. 35, 1890.)

Nach Besprechung dessen, wie der Process der Paukenhöhle nach dem Warzenfortsatze hin sich fortpflanzen kann, stellt Verfasser die Indication zur Eröffnung des Antrum in zwei Categorien; eine basirt auf allgemein chirurgischen Regeln (fistulöse Gänge an der äusseren Fläche des Warzenfortsatzes, Necrose der Cortex), die andere auf otiatrischen Grundsätzen, wenn aussen nichts Krankhaftes gefunden wird, eine Entzündung oder Eiterretention im Antrum jedoch angenommen werden kann. Bei der Operation beginnt Verfasser einen Centimeter unter der Linea temporalis zu meisseln, macht eine Oeffnung von beiläufig 3 Quadratcentimeter, im Antrum selbst macht er vom Meissel keinen Gebrauch und benutzt er hier zur Entfernung necrotischer Partien den scharfen Löffel, zur Herstellung der Communication zwischen Antrum und Paukenhöhle benutzt er einen kleinen runden Löffel. Zum Offenhalten der Communication bedient sich Verfasser der Drainage, zur

**) Monatsschrift f. Ohrenheilk. 1889, pag. 279.

Digitized by Google

Irrigation benutzt er eine Mischung von 1 % Kochsalz- und 1/20 % Sublimatlösung, die Wunde selbst wird mit Sublimatgaze, bei träger Granulationsbildung mit Jodoform behandelt und erfolgt die Heilung in 4 bis 6 Wochen. Szenes.

Das Pyoktanin in der Ohrenheilkunde. Von Dr. Patrzek, Oppeln. (Allgem. med. Central-Zeitung No. 63, 1890.)

Verfasser stellte in 7 Fällen, einmal bei Otitis externa acuta circumscripta, einmal bei einer Otitis media acuta purulenta und fünfmal bei chronischer Otorrhoe, Versuche mit Pyoktaninum caeruleum in einer wässerigen Lösung von 0,1 : 200,0 an, und kommt zu dem Schlusse, dass das Pyoktanin keinen oder nur einen minimalen Einfluss auf Eiterungen innerhalb des Gehörorgans ausübt. Einer allgemeinen Anwendung in der Ohrenheilkunde steht ausserdem die blaue Farbe des Mittels im Wege. Versuchsweise würde es sich in Krankheitsfällen empfehlen, die durch die gebräuchlichen Mittel zur Heilung nicht gebracht werden können. Szenes.

Ueber die Fremdkörper im Ohre. Von Prof. Kessel in Jena. (Corresp.-Blätter des allgemeinen ärztlichen Vereins von Thüringen No. 9, 1890.)

Der Aufsatz enthält ein Resumé von bereits Bekanntem. Wenn Verf. sich gegen die von Gruber vorgeschlagene Operationsmethode zur Herausbeförderung von in der Trommelhöhle eingekeilten Fremdkörpern ausspricht und glaubt, den gleichen Zweck mit der Wegpräparirung der Weichgebilde des Gehörganges erreichen zu können, wird ihm wohl kein Arzt, der einen ähnlichen Fall beobachtet hat, beipflichten.

Dr. B. S.

Idiopathische acute Periostitis des äusseren Gehörganges. Von Dr. Albert Bing. (Wiener Med. Blätter No. 37, 1890.)

Was Verf. in diesem Aufsatze über Periostitis des äusseren Gehörganges sagt, ist wohl jedem beschäftigten Ohrenarzte bekannt. Dass es einzelne Fälle giebt, in denen die Entzündung eine bestimmte anatomische Schicht der Gehörgangsgebilde vorzugsweise ergriffen hat, weiss man, doch lässt sich fast nie mit Bestimmtheit angeben, ob die Entzündung von dieser ihren Ausgangspunkt nahm, und deshalb entbehrt eine solche Localisation des Processes einer sicheren Grundlage und man thut besser, die Entzündungen des Gehörganges nach ihrer Verbreitung einzutheilen, wie das seit von Tröltsch üblich ist. J.

Metall-Corrosionspraeparate des Labyrinthes. Von Dr. J. Siebenmann, Basel. (Internat. klin. Rundschau No. 3, 1890.)

Zur Herstellung der Abgüsse benutzt Verfasser das Wood'sche Metall, das eine Legirung von Blei, Zinn, Cadmium und Wismuth darstellt. Das Labyrinth wird in der Weise präparirt, dass man am macerirten Knochen den oberen Halbzirkelkanal anfeilt, auf die untere Fläche der Pyramide wird ein Kartenblatt gelegt und mit Leinwandstreifen am Rande festgeklebt; sämmtliche Löcher der übrigen Felsen-

Digitized by Google

beinoberfläche werden mit Leinwand überzogen, die Aquäductöffnungen mit den benachbarten Sinus verbunden, in die Oeffnung des Carotiskanals wird ein Papiertrichter gesteckt und das Ganze eingegypst. Der Knochen wird nun auf circa 100° erhitzt und in den Trichter das geschmolzene Wood'sche Metall gegossen; wie das Metall zu erstarren beginnt, wird es abgekühlt. Das aus dem Gyps herausgegrabene Felsenbein wird 2 Wochen hindurch bei 50° C. in 10procentiger Kalilauge gehalten und dann in 20procentiger Salzsäure aufgelöst; der Metallausguss wird hierauf ausgewässert und auf einem Stativ befestigt.

Nach diesem Verfahren fertigte Verfasser mehrere Abgüsse an, mit deren Hilfe es ihm gelungen war, einige Details am Labyrinthe zu demonstriren, die an anderen Präparaten schwer oder gar nicht nachgewiesen werden können. Szenes.

Kritik.

Microphotographischer Atlas der normalen und pathologischen Anatomie des Ohres. Von Dr. L. Katz, Ohrenarzt in Berlin. I. Theil, enthaltend 10 Photographien in Mappe. Preis 12 Mk. Berlin, Verlag von August Hirschwald.

Je schwieriger die Erforschung eines anatomischen Gebietes ist, je mehr die Meinungen über einzelne Vorkommnisse auf demselben bei den Fachmännern auseinander gehen, desto nützlicher erweisen sich bildliche Darstellungen, welche nicht schematisch aufgenommen sind, sondern das Thatsächliche des Studienobjectes, so wie es ist, wiedergeben. Von dieser Anschauung durchdrungen, begrüssen wir das vorliegende, wollen wir es nur gleich aussprechen, nach jeder Richtung meisterhafte Werk mit wahrer Freude.

Der Verfasser, welcher nach einer eigenen Methode die Weichgebilde des Labyrinthes in einer bis dahin ungekannten schönen Weise darzustellen lehrte, und der in den letzten Jahren durch seine bei verschiedenen Gelegenheiten demonstrirten microscopischen Labyrinthgebilde die Anerkennung der Fachgenossen im reichlichsten Maasse erwarb, war wohl zunächst berufen, einen solchen Atlas zu veröffentlichen, und mit Beihilfe des ausgezeichneten Microphotographen Dr. R. Neuhaus ist nun der I. Theil eines Werkes geschaffen, für das sowohl ihnen, als auch dem Verleger, welcher dem prachtvollen Werke die entsprechende Ausstattung gewährte, alle Diejenigen, die sich mit dem Gehörorgane, sei es als Anatomen, sei es als Ohrenärzte beschäftigen, für immer dankbar bleiben.

Der Atlas soll in 3 Theilen erscheinen und die wichtigsten pathologischen Befunde der Erkrankungen des Gehörorgans, sowie diejenigen normal-histologischen Verhältnisse des Ohres, die zum Theile noch Gegenstand der Controverse bilden, in photographischer Darstellung bringen.

In dem erschienenen I. Theile finden wir folgende Abbildungen: 1) Querschnitt durch den Steigbügel und Vorhof eines Kaninchens; 2) Querschnitt durch die mittlere Schneckenwindung einer älteren Katze; 3) das Corti'sche Organ einer jüngeren Katze; 4) die Lamina reticularis eines Kaninchens mit den daran hängenden äusseren und inneren Pfeilern; 5) Längsschnitt durch die Ampulle einer Katze; 6) Querschnitt

Digitized by Google

durch das Labyrinth eines 7jähr. taubstummen Knaben; 7) Querschnitt durch einen halbzirkelförmigen Kanal eines taubstummen Knaben mit neugebildetem Bindegewebe im perilymphatischen Raume; 8) Knochenneubildung in der Schneckenwindung einer 28jähr. taubstummen Frau; 9) chronische Knochenentzündung (Anchylosis) an der Platte des Steigbügels und am ovalen Fenster; 10) Das Corti'sche Organ eines neugeborenen Hundes. Sämmtliche Photographien in musterhafter Vollendung.

Der II. Theil des Werkes soll im Herbst dieses Jahres, der III. Theil im nächsten Winter erscheinen.

Gewiss, wer in den ersten vorliegenden Theil das Werkes Einblick genommen, wird so wie wir mit Spannung die folgenden erwarten.

Mögen sie uns bald gegönnt sein! Gruber.

Vorlesungen über Ohrenheilkunde. Von Dr. A. Bing, Privatdocent für Ohrenheilkunde an der Wiener Universität. Wien 1890. 286 Seiten. Verlag von W. Braumüller.

Der Autor, der sich seit Langem als Lehrer unserer Disciplin eines trefflichen Rufes erfreut, bietet im engen Rahmen von 12 Vorlesungen das für den practischen Arzt Wichtigste aus dem umfangreichen Stoffe der Ohrenheilkunde; er folgt in dem vorliegenden Werke hauptsächlich den Beobachtungen und Erfahrungen, welche er als klinischer Assistent der Herren Professoren Gruber und Politzer gesammelt, sowie in seiner eigenen ohrenärztlichen Praxis und Lehrthätigkeit bereichert hat. Die Pathologie ist im wesentlichsten Theile, der Symptomatologie, sehr anschaulich dargestellt, die Diagnostik in ganz hervorragendem Maasse berücksichtigt. Besonders anziehend an dem Werke Bing's ist es, seinen Standpunkt bezüglich der Behandlung scharf markirt im Vordergrunde zu finden, und wenngleich seine therapeutischen Prinzipien manchmal im directen Widerspruche zu den herrschenden Ansichten stehen, so muss man sie eben als das Resultat eigener Beobachtung aufnehmen. Die ausführliche, leicht fassbare Art seiner Darstellung wird den Autodidacten und Frequentanten seiner Curse das Studium der Ohrenheilkunde, soweit dieselbe in diesem Buche behandelt wird, erleichtern. Gomperz.

---

b) Pharyngo-laryngologische:

Ein Fall von Pusteln, welche die Haut, die Mundhöhle, den Pharynx, die Nase und den Larynx befallen. (Sur un cas de pustules de la gorge, du pharynx, du nez et du larynx.) Von Dr. Audubert. (Revue de laryngologie No. 8, 1891.)

Diese chronisch auftretenden Pusteln, welche nirgends beschrieben sind, welche ohne Störung des Allgemeinbefindens und ohne ausgesprochene örtliche subjective Symptome verlaufen, öffnen sich von selbst, hinterlassen ein flaches, die eigentliche Mucosa nicht angreifendes, nie über einen Centimeter messendes, rundliches Geschwür; ein rother Entzündungshof mit weissem Rande nach innen, ein rother Boden ohne Exsudat und ohne Membran characterisiren die Geschwüre. Die Diagnose ist immer zweifelhaft und man ist geneigt, eine eigene Krankheit daraus zu

Digitized by Google

machen. Alle Eruptionsfieber, die schwere herpetische Angina, die typhösen Processe, schwerer Catarrh, Aphthen, Syphilis, sonstige Dyscrasie, Tuberculose, Lupus können immer ausgeschlossen werden. Solche Beispiele geben den Dermatologen Recht, welche behaupten, dass alle Hautleiden sich mit ihren gewöhnlichen Symptomen auf den Schleimhäuten zeigen können. Dr. P. K.

Beitrag zur Entstehung der schwarzen Zunge. (Contribution à l'étude de l'étiologie et de la pathogénie de la langue noire pileuse.) Von Dr. Wallerand. (Thèse de Paris und Revue de laryng. No. 8, 1891.)

Meist bei Männern in vorgerücktem Alter, bei chronischen Krankheiten, namentlich bei Magen- und Darmleiden vorkommend, nicht contagiös, Entstehungsursachen problematisch; die gefundenen Parasiten finden sich auch sonst ohne schwarze Zunge. Die Färbung ist bedingt durch einen intensiv vermehrten Keratinisationsprocess. Dr. P. K.

Paludische Neuralgie der Zunge mit Geschwürsbildung. (Névralgie paludique de la langue avec ulcération.) Von Dr. Le Diberder. (Journal de médecine et de chirurgie, März 1891 und Revue de laryngol. No. 8, 1891.)

In zwei Fällen dieses Leidens verschlimmerte die Localbehandlung das Uebel; grosse Chinindosen brachten in einigen Tagen Heilung; diese Wirkung lässt keinen Zweifel an den Ursprung dieses Uebels.
Dr. P. K.

Zungentumor bei einem 8jährigen Kinde. (Tumeur de la langue chez un enfant de huit ans.) Von Dr. Bastin. (Presse médicale Belge und Revue de laryngol. No. 22, 1890.)

Ein 2 Ctm. langer, den linken Zungenrand einnehmender Tumor wurde mittelst dem hinter zwei den Tumor durchstechenden Nadeln angelegten Ecraseur von Chassaignac mit Erfolg operirt. Die microscopische Untersuchung ergab eine interstitielle localisirte Glossitis, also einen gutartigen Tumor. Dr. P. K.

Nachbehandlung des Empyems des Sinus maxillare mit Oeffnung in den Mund, sehr einfaches Auswaschen dieser Höhle. (Des soins consécutifs à l'ouverture buccale du sinus maxillaire atteint d'empyème, et notamment d'un mode de lavage très simple de cette cavité.) Von Dr. Luc. (Arch. internat. de laryngolog., Februar 1891 und Revue de laryngol. No. 8, 1891.)

Ausziehen des betreffenden Backzahns, Punction durch die Alveole, 3 Mal in 24stündigen Pausen Borsäure-Ausspritzungen, Ausstopfen der Höhle mit Jodoformgaze; während des Essens die Fistel stopfen mit einer soliden Cautschuksonde; nach dem Essen den Mund mit Borsäurelösung ausspülen und dann erst die Sonde herausnehmen; dann mit derselben Lösung die Höhle ausspülen, mit einer Wangenbewegung die Flüssigkeit durch die Alveole in den Sinus hineintreiben und durch die Nasenöffnung heraustreiben; die kleine Sonde wird immer kürzer gemacht, so dass die Fistel von innen nach aussen heilt; wenn keine Flüssigkeit mehr eindringt, ist Heilung eingetreten. Dr. P. K.

Digitized by Google

Pathogenese der Hasenscharte. (De la pathogénie du bec de lièvre. Pièce pathologique à l'appui.) Von Dr. Fleury. (Bulletin médical du Nord No. 6, 1891.)

Ein 8 Monate altes Kind zeigt eine doppelte, nicht complicirte Hasenscharte. Tod durch Darmcatarrh. Das pathologisch-anatomische Präparat zeigt genau, dass die von Albrecht aufgestellte Pathogenese die richtige ist. Dr. P. K.

Hysterisches Stummsein und hysterisches Stottern. (Du mutisme et du bégaiement hystériques.) Von Dr. Emile Bitot. (Revue de laryngol. No. 23, 1890.)

Sie sind die häufigsten von allen hysterischen Stimmstörungen. Verf. giebt die bekannten Symptome des hysterischen Stummseins und erzählt ein Beispiel zum Beleg. Das hysterische Stottern, bis jetzt nicht classisch beschrieben, beginnt auch plötzlich nach einer heftigen Gemüthsbewegung und heilt durch die verschiedensten, ja abenteuerlichsten Mittel; Verf. giebt als Beleg ein eigenes Beispiel, sowie mehrere andere, ihm von einem Sprachlehrer vorgezeigte Kranke. Dr. P. K.

Ueber herpetische Angina acuta und Mundrachenzona. (De l'angine herpétique aigue et du zona buccopharyngien.) Von Dr. Pouzin. (Paris médical und Revue de laryngol. No. 8, 1891.)

Verf. reiht die acute herpetische Angina in die Reihe der durch directe Nervenreizung hervorgerufenen herpetischen Ausschläge, wie z. B. des Herpes zoster; es würde sich dann hier um einen im Gebiete des Trigeminus durch Reizung des Ganglion sphenopalatinum hervorgerufenen Herpes handeln. Dr. P. K.

Amygdalotomie und Blutung. (Amygdalotomie et hémorrhagie.) Von Dr. E. J. Moure. (Revue de laryngologie No. 24, 1890 und Société de chirurgie de Paris 1890.)

Meistens nur bei Erwachsenen zu fürchten, wo der Thermocauter und der Galvanocauter im Begriffe sind, die schneidende Klinge zu verdrängen; das Gegentheil bei Kindern unter 15 Jahren. Nach der Operation soll man die Kinder nicht schlafen lassen, weil eine fortwährende Blutung und später Blutbrechen mit erneuerter Blutung auftreten können. Bei Erwachsenen soll die Ignipunctur nur nach Cocainisirung geschehen und nur alle 2 Wochen ein Mal ausgeführt werden; inzwischen thut ein Gargarisma, bestehend aus Borax und Natrium bromatum (āā 6,0), Acid. carbolic. (1), Glycerin (50), Decoct. Altheae und Gerste (450) gute Dienste; Blutung, Mandelentzündung mit Eiterung, Otitis media sind nur Ausnahmefälle und gewöhnlich selbst verschuldet. Dr. P. K.

Ueber chronische, eingekapselte, in Folge einer acuten eiterigen Amygdalitis übrig gebliebene Abscesse. (Des Abcès chroniques enkystés de l'amygdale consécutifs à l'amygdalite suppurée aigue.) Von Dr. Garel. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 1, 1889.)

Verf. erzählt 3 von ihm beobachtete Fälle, welche den ziemlich seltenen von Noquet, Moure, Heryng, Grynfeltt anzureihen sind.

Digitized by Google

Obgleich solche Fälle wissenschaftlich nicht interessant sind, so verdienen selbe doch erwähnt zu werden, weil ein einfacher chirurgischer Eingriff dem Uebel ein Ende setzt. Das Entstehen solcher Mandelabscesse ist so zu erklären, dass der Eiter sich einen schlängelnden, zwischen den Arcusmuskelfasern sich durchwühlenden Ausgang sucht, der durch Muskelcontraction wieder verlegt wird; dabei hindert noch die Mandelhypertrophie das Zusammenfallen der Abscesswände. In allen Fällen soll man sich des Galvanocauters bedienen, entweder um eine Gegenöffnung zu machen oder die bestehende Oeffnung zu erweitern; die blossgelegte Höhle kann man mit Jodtinctur auspinseln.

Verf. benutzt die Gelegenheit, um die Vorzüge der Ignipunctur vor dem Amygdalotom bei hypertrophischen Mandeln hervorzuheben. Eine seiner Patientinnen hatte als Kind eine doppelte Amygdalotomie überstanden und bekam zwischen ihrem 14.—20. Jahre 14 Mandelabscesse.

Ueber die Behandlung der chronischen Laryngitis. Von Dr. Josef M. Neumann, Budapest. Vorgetragen am 19. August 1890 in der medicin. Section der XXV. Versammlung ungarischer Aerzte und Naturforscher zu Grosswardein. (Arbeiten der Wanderversammlung. Budapest 1891, pag. 266—276.)

Verfasser befasst sich eigentlich mit den Principien der erfolgreichen Behandlung chronischer Laryngitiden und bespricht zuvörderst die Diagnose, indem man nämlich einen ziemlich weiten Spielraum habe, eine Laryngitis anzunehmen, wo der congestionirte Zustand auch keine Beschwerden macht. Es kommt aber auch auf die subjectiven Empfindungen ausser dem Spiegelbilde an, und da heisst es die Symptome des Rachencatarrhs von der Laryngitis auseinander zu halten. Ueberhaupt ist dem Rachen besondere Aufmerksamkeit zu widmen, da in zahllosen Fällen der Rachencatarrh eine consecutive Laryngitis bedingte; der Uebergang geschieht auf den Aryknorpel. Verfasser bespricht hierauf die Wichtigkeit der Rhinitis, der Rachenvegetationen, die oft genug, vernachlässigt, eine lange Zeit behandelte Laryngitis nicht zur Heilung kommen liessen. Die Hauptsache sei, zu distinguiren, ob der Kehlkopf mit Rachen und Nase oder für sich allein erkrankt sei, oder Erscheinung einer Dyscrasie, wie Tuberculose, sei.

Die Therapie bestehe in Pinselungen mit Sulf. Zinci und Lapis 1—5 %, ferner Lapis in Substanz nach vorhergehender Cocaïneinträufelung. — Wird eine veraltete Laryngitis trotz zweckmässiger Therapie gar nicht besser, dann sei sie nicht weiter zu behandeln, sondern Inhalationen zu gebrauchen, ebenso sollen auch Hysterische, Nervöse oder eine Mutatio tarda nicht zwecklos local behandelt werden.

Szenes.

Pharynxcysten. (Kystes du pharynx.) Von Dr. Raugé. (Lyon médical und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 1.)

Viel häufiger, als allgemein angenommen wird, da sie schwer zu sehen sind und im Allgemeinen nur die Symptome eines chronischen Rachencatarrhs hervorrufen. Am besten fühlen sie sich mittelst Palpation.

Digitized by Google

Aber manchmal können sie entfernte Reflexerscheinungen hervorrufen, z. B. Bronchialasthma, nervösen Husten mit seinen quälenden und schwarz gedeuteten Symptomen, Neuralgien an entfernten Stellen.

Dr. P. K.

Nervöse Aphonie, seit 4 Wochen bestehend, durch Suggestion während des hypnotischen Schlafs geheilt. (Aphonie nerveuse, datant de quatre semaines, guérie par la suggestion pendant le sommeil hypnotique) Von Dr. Emile Müller. (Gazette médicale de Strasbourg No. 2, 1891.)

Ein 30jähriges Mädchen hatte den vierten Anfall von Aphonie; die drei ersten Anfälle hatten nur 8 Tage gedauert, während der jetzige schon 4 Wochen ununterbrochen anhält. Der Titel sagt den Krankheitsverlauf. Die Heilung war bleibend. Dr. P. K.

Ueber den Schwingungsmodus der Membranen und über die Rolle des Musculus thyreo-arytaenoideus. (Sur le mode de vibrations des membranes et le rôle du muscle thyroaryténoidien.) Von Dr. A. Hubert. (Académie des sciences de Paris, Séance du 6 Avril 1891.)

Bei Versuchen, welche Verf. über die Schwingungen der Larynxmembranen und des Larynx selbst angestellt hat, kommt er zu dem Schluss, dass die dem Musculus thyreoarytenoideus bei den Brusttönen und dem Falsett gewöhnlich zugedachten Functionen falsch sind. Das innere Bündel dieses Muskels kann nur wirken, indem es die genau unter der Glottis gelegene Larynxschleimhaut zurückzieht (da selbe ja doch nicht schwingen kann) und so die Intensität des hervorgebrachten Tones verstärkt. In der Nähe seines Ursprunges, an der Cartilago cricoidea, scheint übrigens der Musculus cricoarytenoideus lateralis mit seinen dort befindlichen Fasern auch viel in derselben Weise zu wirken. Die Veränderungen in der Stimmhöhe, welche man durch einen auf den freien Stimmbandrand senkrecht ausgeübten Zug hervorrufen kann, beweisen den Nutzen des Auf- und Absteigens des Larynx, dessen Wirkung bis jetzt nicht erklärt war; diese letztere Larynxbewegung bemerkt man blos bei Sängern, wenn sie an die oberste oder unterste Grenze ihrer Stimmlage während des Singens angekommen sind; nämlich durch diese Bewegungen bewirkt der Sänger eine leichte Spannung und ein leichtes Erschlaffen der Larynxmucosa in einer auf den freien Stimmbandrand senkrechten Richtung, welche Bewegungen dann eine Erhöhung oder eine Erniedrigung der Tonhöhe bewirken. Dr. P. K.

Entfernen eines Fremdkörpers aus dem Larynx. (Extirpation d'un corps étranger du larynx.) Von Dr. Labbé. (Congrès français de chirurgie, März und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 1.)

Ein metallener, mit spitzen Zacken versehener Stern lagerte sich zwischen die Stimmbänder eines kleinen Kindes, ohne dass augenblicklich ein Erstickungsanfall auftrat. Dieser trat erst in der nachfolgenden Nacht auf und ein hinzugerufener Arzt erkannte einen Laryngismus stridulus. Am nächsten Tage ins Spital gebracht, erkannte man mit dem Spiegel leicht den Fremdkörper; die Extraction gelang aber nicht. Labbé machte die einfache Larynxfissur, aber während der Operation traten

Digitized by Google

solche Erstickungsanfälle auf, dass die Tracheotomie schleunigst gemacht werden musste; während 45 Minuten musste die künstliche Respiration gemacht werden; sobald die Athmung hergestellt war, wurde der Fremdkörper spontan ausgeworfen; am achten Tage konnte die Canüle entfernt werden und die Stimme wurde wieder ganz hergestellt. Dieser Fall beweist die grosse Gefahr, welche man läuft, wenn die Laryngotomie ohne vorherige Tracheotomie ausgeführt wird. (Referent.)

Dr. P. K.

Larynxepithelioma, partielle Larynxresection. (Epithelioma laryngien, résection particlle du larynx.) Von Dr. Mollière. (Lyon médical und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 1.)

Die zwei Operationen wurden in einer Sitzung gemacht: 1) Tracheotomie und Einführen der Trendelenburg'schen Tamponcanüle; 2) Aetherisation mit Anaesthesie, Resection der einen Seite der Cartilago thyreoidea, Exstirpation mittelst schneidender Zange des auf der Regio arytenoidea sitzenden Tumors, Erhaltung der Epiglottis. Heilung in einigen Tagen.

Dr. P. K.

Zwei Fälle von Morbus Basedowi. (Mania in exophtalmic goître. Exophtalmic goître in mania.) Von Dr. C. K. Clarke. (American Journal of insanity, April 1889 und Centralblatt für Nervenheilkunde von Erlenmeyer No. 16, 1889.)

Der erste Fall betrifft ein 30jähr. Fräulein, welches schon mehrere Jahre an Basedow'scher Krankheit litt, als es an Manie erkrankte, die in kurzer Zeit zum Tode führte. Die Section wurde leider nicht gestattet. Der zweite Fall betrifft einen 46jährigen Mann, der wahrscheinlich erst im Verlauf einer mehrjährigen Manie einen Morbus Basedowii bekam und in der Folge daran zu Grunde ging. Der Sectionsbericht erwähnt nichts vom Centralnervensystem.

Dr. P. K.

Ein Fall von autochthoner Thrombose der linken Carotis. Von Dr. Theodor Proskauer. (Centralblatt für Nervenheilk. von Erlenmeyer No. 16, 1889.)

Nachdem Verf. die diesbezüglichen Arbeiten von Kussmaul und Anderen erwähnt, giebt er die genaue Beschreibung eines von ihm beobachteten Falles nebst Sectionsbericht. Bei Operationen wird die Unterbindung der Carotis interna relativ gut vertragen; die pathologischen Verstopfungen einer Carotis interna zeigen sehr verschiedene Symptome, welche meist auf die Erkrankung des ganzen Gefässsystems und namentlich des Herzens zurückzuführen sind; der Circulus Willisii kann dann nicht mehr, wie unter normalen Verhältnissen, die gestörte Circulation ausgleichen. Drei Folgezustände hat man bisher bei der Thrombose der Carotis beobachtet: Entweder bleiben, wie in dem Kussmaul'schen Falle, dauernde Hirnerscheinungen aus und die Circulation stellt sich in vollkommenem Maasse wieder her, oder es kommt zu einer Erweichung einer mehr oder weniger grossen Hirnpartie und zu bleibenden Lähmungen;

Digitized by Google

oder drittens kommen Hemiplegie und motorische Aphasie ohne Gehirnerweichung; in letzterem Falle führt der verminderte Blutzufluss nicht den Tod der Gewebselemente herbei, doch genügt er, ihre Function so weit zu beeinträchtigen, dass jene Ausfallserscheinungen eintreten.

Dr. P. K.

Ueber ein wenig bekanntes Symptom des Aneurysma des Aortenbogens. (Un signe physique peu connu de l'anévrysme de la crosse de l'aorte.) Von Dr. Macdonnell. (Semaine médicale No. 10, 1891.)

Der aufrecht stehende Kranke streckt den Hals bei geschlossenem Munde soviel als möglich; der Arzt fasst die Cartilago cricoidea zwischen Zeigefinger und Daumen und drückt selbe nach oben; auf diese Weise wird die Trachea gestreckt; bei bestehendem Aneurysma des Aortenbogens theilen in dieser Stellung die Pulsationen des Aortenbogens sich den beiden genannten Fingern mit. Verf. hat an 23 Fällen dieses Experiment gemacht und kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Das Phänomen kommt nur ausschliesslich bei Aneurysmen des Aortenbogens vor; 2) das Phänomen tritt nur dann ein, wenn das Aneurysma von oben nach unten auf den linken Bronchus oder auf einen benachbarten Theil der Trachea drückt; 3) es bildet oft das einzige Symptom des Aneurysma; 4) bei anderen Aneurysmen der Aorta besteht es nicht; 5) durch einfachen Druck auf die Trachea wird es nicht hervorgebracht. Dr. P. K.

Fall von spontanem Aneurysma der Arteria thyroidea inferior. (Sur un cas d'anévrysme spontané de l'artère thyroidienne inférieure.) Von Dr. Brousses. (Académie de médecine de Paris, Séance du 31 Mars.)

Verf. betont das frühzeitige Auftreten der Neuralgie, welche jedoch bei jedem beliebigen Halstumor auftritt, mithin kein pathognomonisches Symptom ist; das schnelle Wachsen des Tumors, besonders nach einer Probepunction, kann ebenfalls bei Lymphosarcom vorkommen; Fehlen der Cachexie spricht eher für Aneurysma, ohne jedoch ein pathognomonisches Symptom zu sein; die freie Beweglichkeit der Spitze der eingeführten Nadel spricht noch am meisten für Aneurysma, obschon dieses Symptom manchmal bei weichen Tumoren anderer Art vorkommen kann. Das in diesem speciellen Falle sichere Symptom war das Hervorfliessen von rothem Blut in Absätzen, welche mit den Herzbewegungen isochron waren; unglücklicher Weise aber brachte diese Probepunction ein ungeheures, schnell auftretendes Wachsthums des Tumors herbei.

Dr. P. K.

Fremdkörper in der Speiseröhre. (Observation de corps étrangers de l'oesophage.) Von Dr. Brulant. (Bulletin médical du Nord No. 24, 1890.)

Eine Frau verschluckte während eines hysterischen Anfalles ihre falschen Zähne, welche an einer Cautschukplatte befestigt waren. In der Chloroformnarcose wurden von zwei Aerzten Extractionsversuche gemacht,

Digitized by Google

welche zu starken Blutungen mit ihren üblen Folgen und zu sonst negativem Resultat führten. Zwei Tage später starb Patientin; die Section ergab zwischen Colon descendens und transversum einen künstlichen Zahn mit einem Stück Platte; 8 Ctm. höher, als die Cardia, befanden sich im Oesophagus 3 Zähne mit dem Rest der Platte; 6 Ctm. lange Zerreissung des Oesophagus, welche in das hintere Mediastinum führte, welch letzteres mit Eiter und Speiseresten angefüllt war; vom Mediastinum aus gelangte man mit dem Finger in beide Pleurae, welche mit je einem Liter ähnlicher Flüssigkeit angefüllt waren; Magen und Darm mit geronnenem Blut angefüllt; in der Höhe der Cardia die Mucosa zerrissen, Epiglottis fast gänzlich abgerissen. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Der Eingriff bei Fremdkörpern im Oesophagus ist nicht ohne Gefahr; 2) wenn keine Gefahr im Verzug ist, soll man nicht zu schnell einschreiten; 3) man soll nicht in der Chloroformnarcose Extractionsversuche machen.

Dr. P. K.

INHALT.

I. Originalien: Kayser: Bericht über die im Kalenderjahre 1890 in der Prof. Gottstein'schen Privatpoliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten behandelten Krankheitsfälle (Schluss). — Onodi: Experimentelle Untersuchungen zur Lehre der Kehlkopflähmungen. — Nitsche: Ein Fall von doppelseitigen Nasensteinen. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Szenes: Ueber den therapeutischen Werth einiger neuer, in die ohrenärztliche Praxis eingeführter Heilmittel. — Eitelberg: Chronische circumscripte Entzündung und Polyp des äusseren Gehörganges als Druck-Erscheinung in Folge eines Cerumenpfropfes. — Gradenigo: Ueber subjective Ohrgeräusche bei der Otitis interna. — Kuhn: Ueber Erkrankungen des Ohres bei Diabetikern. — Körner: Ein Fall von diabetischer, primärer Ostitis des Warzenfortsatzes nebst Bemerkungen über den Einfluss grösserer Operationen auf den Verlauf von Diabetes. — Habermann: Neuer Beitrag zur Lehre von der Entstehung des Cholesteatoms des Mittelohres. — Böke: Die operative Eröffnung des Warzenfortsatzes. — Patrzek: Das Pyoktanin in der Ohrenheilkunde. — Kessel: Ueber die Fremdkörper im Ohre. — Bing: Idiopathische acute Periostitis des äusseren Gehörganges. — Siebenmann: Metall-Corrosionspräparate des Labyrinthes. — Katz: Microphotographischer Atlas der normalen und pathologischen Anatomie des Ohres. — Bing: Vorlesungen über Ohrenheilkunde. — b) Pharyngolaryngologische: Audubert: Ein Fall von Pusteln, welche die Haut, die Mundhöhle, den Pharynx, die Nase und den Larynx befallen. — Wallerand: Beitrag zur Entstehung der schwarzen Zunge. — Le Diberder: Paludische Neuralgie der Zunge mit Geschwürsbildung. — Bastin: Zungentumor bei einem 8jährigen Kinde. — Luc: Nachbehandlung des Empyems des Sinus maxillare mit Oeffnung in den Mund, sehr einfaches Auswaschen dieser Höhle. — Fleury: Pathogenese der Hasenscharte. — Bitot: Hysterisches Stummsein und hysterisches Stottern. — Pouzin: Ueber herpetische Angina acuta und Mundrachenzona. — Moure: Amygdalotomie und Blutung. — Garel: Ueber chronische, eingekapselte, in Folge einer acuten eiterigen Amygdalitis übrig gebliebene Abscesse. — Neumann: Ueber die Behandlung der chronischen Laryngitis. — Raugé: Pharynxcysten. Müller: Nervöse Aphonie, seit 4 Wochen bestehend durch Suggestion während des hypnotischen Schlafs geheilt. — Hubert: Ueber den Schwingungsmodus der Membranen und über die Rolle des Musculus thyreo-arytaenoideus. — Labbé: Entfernen eines Fremdkörpers aus dem Larynx. — Molliére: Larynxepithelioma, partielle Larynxresection. — Clarke: Zwei Fälle von Morbus Basedowi. — Proskauer: Ein Fall von autochthoner Thrombose der linken Carotis. — Macdonnell: Ueber ein wenig bekanntes Symptom des Aneurysma des Aortenbogens. — Brousses: Fall von spontanem Aneurysma der Arteria thyroidea inferior. — Brulant: Fremdkörper in der Speiseröhre.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. A. **Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER	**Dr. N. RÜDINGER**	**Dr. v. SCHRÖTTER**	**Dr. WEBER-LIEL**
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**	o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**	Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**	Professor der Ohrenheilkunde in **Bonn.**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXV. **Berlin, August 1891.** **No. 8.**

I. Originalien.

Die Accumulatoren im Dienste der Medicin.

Von

Dr. **W. Freudenthal**, New-York.

Erst vor einigen Wochen bekam ich einen Artikel zu Gesicht, der bereits im Februar d. J. aus der Feder von Dr. W. Lamann in dieser Monatsschrift erschienen war. Der Inhalt dieses Artikels bewies mir, dass man es in Deutschland mit der Herstellung der Accumulatoren noch nicht bis zu der Vollkommenheit gebracht hat, wie es im letzten Jahre namentlich hier in New-York geschehen ist. Und dies ist der Grund für die folgenden Bemerkungen, deren practische Bedeutung vielleicht Manchem interessant sein mag.

Lamann rügt es zunächst, dass die Anwendung der Accumulatoren in Deutschland eine noch so geringe sei, und ich kann ihm da nur vollkommen beistimmen. Denn ich erinnere mich nicht, bei meiner Anwesenheit in Deutschland und Oesterreich im vorigen Jahre einen Accumulator auf einer Klinik gesehen zu haben. Und auch hier zu Lande geschieht dies noch nicht in der Weise, wie es die Accumulatoren eigentlich verdienten. Doch sind daran nach unserer Ansicht nicht die von Lamann citirten Umstände Schuld, sondern die bisherige Unzulänglichkeit dieser Apparate selbst.

L. hatte sicherlich Recht, wenn er sagte, dass die Anwendung der

Digitized by Google

Accumulatoren gewisse Vorstudien erforderte. Denn der von ihm benutzte Apparat setzte nicht nur gründliche theoretische Kenntnisse, sondern auch practische Erfahrung mit der Hantirung desselben voraus, und das sind Umstände, die man bei der grossen Mehrzahl des ärztlichen Publikums nicht voraussetzen konnte.

Da nun hier zu Lande die Tendenz besteht, die Anwendung eines jeden Gegenstandes möglichst einfach zu gestalten und so dem Verständnisse möglichst des grössten Theils der Bevölkerung nahe zu bringen, so wurde denn auch schliesslich ein Apparat construirt, der absolut keine Kenntnisse voraussetzt. Ein Jeder, selbst der Unerfahrenste, kann ihn hantiren und seine practische Brauchbarkeit stellt bis jetzt die aller anderen vorhandenen Apparate dieser Art weit in den Schatten.

Doch bevor ich an die Beschreibung desselben gehe, möchte ich gleich hier erklären, dass die Anwendung der Accumulatoren so lange eine platonische bleiben musste, bis man sie unabhängig machen konnte von der Chargirung durch primäre Elemente in der Wohnung des Arztes. Erst nachdem man auch diese Schwierigkeiten überwunden hatte, konnte man sagen, dass die Einführung der secundären Zellen in die allgemeine ärztliche Praxis eine gesicherte sei, und dass die Anwendung derselben auch für die Medicin fast ebenso bedeutungsvoll geworden ist, oder in kurzer Zeit werden wird, wie die der Electricität überhaupt.

Vor etwas mehr als 5 Jahren fing ich an, mich mit der Frage der Accumulatoren zu beschäftigen, und da war es besonders die zu Reclamezwecken von der betreffenden Firma ausgesprengte Idee, die mich anzog, dass man nämlich ein secundäres Element mit Leichtigkeit in das Haus eines Patienten tragen könnte, um es dort zu galvanocaustischen und anderen Zwecken zu benutzen. Doch hatte die Sache ihren grossen Haken. Zunächst zeigte sich nur zu bald, dass ein Element selbst zu galvanocaustischen Zwecken keineswegs ausreichend war. Ausserdem waren in meiner laryngologischen Thätigkeit die Fälle, in denen man im Hause des Patienten zu operiren hatte, doch äusserst selten. Immerhin mögen diese transportablen Elemente für manche Fälle recht angenehm sein.

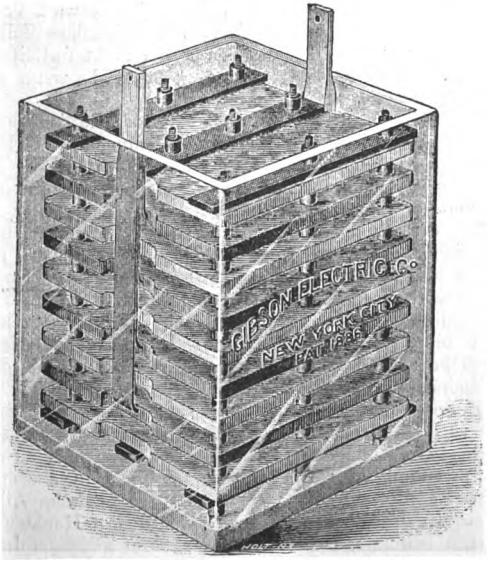
Das Haupthinderniss jedoch, welches mich damals bewog, die Accumulatoren vollständig aufzugeben, war die Chargirung durch primäre Elemente. Man benutzte damals — und thut es auch jetzt noch vielfach — die sogen. Kupfervitriolzellen (blue vitriol or gravity battery), deren Aufstellung hier in New-York vom Instrumentenmacher besorgt wurde, aber ausserhalb natürlich vom Arzte selbst geschehen musste, eine Sache, die immerhin einige Uebung erfordert. Es sollten ferner nach Angabe der Fabrik nur 4 Primärzellen für ein secundäres Element genügen. Ich hatte aber 10 Zellen für ein Element, und auch da versagte dasselbe sehr häufig. — Ich benutzte damals, den Versicherungen des Instrumentenmachers folgend, fälschlicher Weise nur ein Element. Jetzt benutze ich nur noch die vierzellige secundäre Batterie. — Ausserdem aber mussten die Zellen mindestens ein Mal wöchentlich frisch gefüllt, d. h. Kupfervitriol musste frisch hineingethan werden. Ferner musste alle 3—4 Wochen nachgesehen werden, ob genügend Wasser vorhanden war. Dann gingen Mal die Drähte nicht recht, oder es ging eine von den Platten zu Grunde. Kurz, es waren so viele Punkte zu beobachten, dass es wahrscheinlich den meisten Collegen mit dem Apparate ergangen ist,

Digitized by Google

wie mir: man vergass immer etwas, und immer dann, wenn man die Batterie am nothwendigsten brauchte, versagte sie. Abgesehen von allen diesen Uebelständen, nahmen diese Zellen einen nicht unbeträchtlichen Raum entweder im Sprechzimmer des Arztes oder im Keller ein, welches auch störend war.

Als ich einst auf einige Wochen verreiste und die Füllung der Zellen nicht besorgt worden war, fand ich, dass die Platten sich ganz abgenutzt hatten und neue an deren Stelle gesetzt werden mussten, was wiederum eine neue Ausgabe zu den nicht unbedeutenden alten bedeutete. Dies war dann für mich die Ursache, dass ich die Accumulatoren damals ganz aufgab und zu der alten Tauchbatterie zurückkehrte. Als auch diese anfing, Spuren von Altersschwäche zu zeigen, wurde ich vor etwa einem Jahre mit der jetzt modificirten, ursprünglich Gibson'schen Batterie bekannt, die jetzt von der Firma The W. F. Ford Surgical Instrument Co. hergestellt wird. Diese Batterie hat nach kleinen hinzugekommenen Verbesserungen einen derartigen Grad von Vollkommenheit erreicht, wie man ihn sich eigentlich kaum besser wünschen kann.

Die Batterie, wie ich sie jetzt ausschliesslich gebrauche, besteht aus 4 grossen, in einem gemeinschaftlichen Kasten befindlichen secundären Elementen, deren innere Einrichtung in möglichster Kürze die folgende ist. Wie aus der beigefügten Figur ersichtlich ist, besteht jedes secundäre Element aus einer Anzahl von Platten, deren oberste negativ ist.



Das Innere eines secundären Elementes zur Veranschaulichung der Platten-Anordnung.

Digitized by Google

Die nächste ist positiv u. s. f. abwechselnd. Jede derselben ist mit Oeffnungen versehen, deren speciellere Construction Geheimniss der Firma und patentirt ist. Diese Oeffnungen sind mit Bleiglätte ausgefüllt, als ein ebenso wirksames, wie haltbares Material. Durch die ganze Länge der Zelle verlaufen 7 Hartgummi-Stäbe, welche zur Verbindung der Platten dienen und zu gleicher Zeit die wichtige Aufgabe erfüllen, einen Contact der Bleiplatten absolut unmöglich zu machen. Ausserdem werden die einzelnen Platten noch durch eine senkrecht verlaufende gemeinschaftliche Bleiplatte verbunden. Ein Contact ist also vollständig ausgeschlossen. Man kann diese Theile leicht auseinander nehmen und auswaschen, was man früher nicht konnte; und mein Instrumentenmacher versicherte mir, er hätte noch nie eine Oxydation dieser Theile gesehen, die nicht mit einem nassen Tuche abgewaschen werden konnte. In jeder Zelle befindet sich Acid. sulfur dil. (etwa 1 : 5 aqua).

Durch den gemeinschaftlichen Deckel geht ein **nicht**oxydirbares Metall — welches es ist, ist mir unbekannt — so dass die übrigens leicht herausnehmbaren Polausleitungen nicht angegriffen werden können. Weder die Schwefelsäure, noch auch die Gase derselben können die Polausleitungen erreichen. Diese beiden letzten Eigenschaften der Batterie wurden mit Recht von Lamann*) bisher vermisst, und das Fehlen derselben als höchst störend und kostspielig empfunden.

Auf dem Deckel befindet sich ein Rheostat, um den Widerstand herzustellen, und ausserdem noch eine Weiche, die uns in Verbindung setzt mit den einzelnen Zellen, von denen jede etwa 2 Volts repräsentirt. An der Weiche befinden sich zwischen den einzelnen Zellenverbindungspunkten sogen. todte Stellen, die den Strom nicht fortleiten, sondern verhindern sollen, dass derselbe aufgebraucht wird, wenn sich der Zeiger zufällig verschieben sollte.

Jede Zelle fasst 50 Ampères, aber alle 4 zusammen natürlich auch nicht mehr. Die ganze Batterie ist demnach so stark, dass sie einen Druck von 40 Ampères aushält, ohne dass die Zellen zerstört würden. Aus der colossalen Anzahl der Ampères kann man es sich daher erklären, dass der Apparat ohne frische Chargirung sehr lange vorhalten muss, nach den Angaben des Fabrikanten 6 Monate lang!! Ich weiss nicht, ob sich die letztere Angabe bestätigen wird, nur soviel kann ich sagen, dass ich meinen letzten Apparat jetzt schon 3 Monate habe, ohne dass er chargirt worden wäre. Ich benutze ihn jeden Tag, entweder zu galvanocaustischen oder zu Durchleuchtungszwecken — zu letzteren manchmal sogar bis zu 10 Minuten lang — und trotzdem zeigt der Apparat heute noch kaum ein Schwächerwerden an. Es ist mir dies zum ersten Male in meiner Praxis passirt, und so überraschend für mich, dass ich fast am Ende meiner Wünsche in dieser Beziehuug zu sein glaube.

Und was die Handhabung des Apparates anbetrifft, so kann es wohl schwerlich etwas Einfacheres geben. Alles, was man zu wissen braucht, ist die Anwendung des Rheostaten. Wenn man ausserdem noch den Apparat beständig aufrecht stehen lässt, so hat man Alles erfüllt, was zur Hantirung desselben nöthig ist. In den 3 Monaten, in denen ich den Apparat benutzte, habe ich mich absolut nicht um denselben beküm-

*) Loc. cit.

Digitized by Google

mert, und habe ihn stets in Ordnung gefunden, wann auch immer ich ihn brauchte.

Ebenso einfach, wie die Hantirung des Apparates, ebenso einfach ist auch dessen Chargirung für den Arzt. Wenn immer der Apparat den Dienst versagte, benachrichtigte ich den Instrumentenmacher davon. Derselbe liess den Apparat sofort holen, verband ihn über Nacht mit einer Dynamo-Maschine und sandte ihn am nächsten Morgen chargirt zurück. Alles dieses ist so billig, dass es kaum der Rede werth ist. Man könnte, wenn man eine Dynamo-Maschine in der Nähe hat, die Chargirung auch selber mit Leichtigkeit vornehmen, aber ich ziehe die erste Methode vor, da bei dieser Gelegenheit vom Instrumentenmacher gleich nachgesehen wird, ob die Batterie auch vollständig in Ordnung ist. — Wenn man die Chargirung selber vornimmt, was auch von der electrischen Strassenbeleuchtung aus geschehen kann, so darf man nicht vergessen, einen genügenden Widerstand in den Strom zu fügen, damit die Zellen nicht zerstört werden. Am besten ist es, wenn man eine Edison'sche Lampe von genügender Stärke einschaltet.

Wenn ich noch hinzufüge, dass man auch einen faradischen Strom mit grosser Leichtigkeit aus dieser Batterie erzeugen kann, so sehen wir, dass dieselbe sowohl zu galvanocaustischen, zu Be- und Durchleuchtungszwecken, als auch zum Treiben von Motoren für Rhinologen und Zahnärzte, sowie endlich auch zur Faradisation benutzt werden kann. Die Batterie leidet nicht durch übermässigen Gebrauch und verliert nichts von ihrer Kraft, wenn sie gar nicht benutzt wird. Sie ist billig*), practisch, und für den Arzt das Bequemste, was man sich nur denken kann. Sie erfüllt somit alle Anforderungen, die man heut zu Tage an eine derartige Batterie stellen kann, in vollkommenster Weise.

Erwiderung
auf die Bemerkungen des Herrn Grünwald zu meinem Aufsatz „Heilung eines grossen „typischen" Nasenrachenpolypen".

Von

Dr. **Hansberg** in Dortmund.

Bei dem von mir beobachteten Fall ist 4 Monate nach der Heilung ein Recidiv nicht eingetreten. Der Kranke wurde am 19. October 1890 gesund entlassen und stellte sich am 22. Februar 1891 wieder bei mir ein mit der Angabe, dass seit 8 Tagen eine, wenn auch unbedeutende, Blutung aus der linken Nasenhöhle eingetreten sei. Beide Nasenhöhlen waren für Luft gut durchgängig, der Nasenrachenraum vollkommen frei und glatt, dagegen fand sich seitlich in der linken Nasenhöhle, kurz vor der Choanalöffnung, ein halbrundlicher Tumor von blassrother Farbe und der Grösse einer kleinen Haselnuss, der bei Berührung mit der Sonde leicht blutete. Derselbe wurde mit dem Conchotom exstirpirt und der Geschwulst-

*) Der Ankauf derselben ist allerdings theurer, als der der alten Batterien, aber dafür ist die Benutzung bedeutend billiger.

Digitized by Google

rest mit dem Galvanocauter zerstört. Der Kranke wurde bis vor Kurzem von mir beobachtet; ein weiteres Recidiv hat sich nicht eingestellt, der Kranke ist also wieder 4 Monate hindurch verschont geblieben.

Herr Grünwald macht mir in seinen Bemerkungen den versteckten Vorwurf, als habe sich in meinem Fall eine Schlingenoperation wohl ausführen lassen, ihm sei es wenigstens gelungen, bei 3 Nasenrachenpolypen von eben derselben Beschaffenheit, wie der meinige war — ich habe die Arbeit des Herrn Grünwald nicht gelesen — in einer einzigen Sitzung den Tumor mit der galvanocaustischen Schlinge abzuschnüren. Wenn die Sache so einfach ist, dann ist ja die Frage über die Schwierigkeit der Beseitigung grosser, breitbasiger, ungestielter Nasenrachenpolypen — ich möchte hier aber nochmals ausdrücklich hervorheben, dass ich nur von solchen in meiner Arbeit gesprochen habe — in der befriedigendsten Weise gelöst; dann ist es aber wahrlich unbegreiflich, dass noch heutigen Tages von unseren hervorragendsten Chirurgen, denen doch die von Herrn Grünwald benutzte Methode schon längst bekannt ist, die eingreifendsten Voroperationen nicht gescheut werden; es wäre dann vollends nicht zu begreifen, dass Operateure, wie Voltolini, Michel u. A., denen Herr Grünwald doch schwerlich Mangel an Geschicklichkeit vorwerfen wird, zu der langwierigen electrolytischen Behandlung übergegangen sind. Aber so einfach, wie Herr Grünwald die Operation schildert, ist dieselbe bei grossen breitbasigen Polypen nicht, und wenn Herr Grünwald meine Krankengeschichte aufmerksam durchgelesen hat, so hätte er sich überzeugen müssen, dass in meinem Fall eine Schlingenoperation, zumal in einer Sitzung, zu den absoluten Unmöglichkeiten gehörte. Der Tumor füllte den ganzen Nasenrachenraum aus, hatte z. Th. die benachbarten Knochen usurirt und war Verwachsungen eingegangen, die Insertion war eine sehr weit ausgedehnte, flächenhafte, betrug im Durchmesser 4 Ctm., sie reichte vom Dach der Choane bis unterhalb der Protuberantia Atlantis im Sagittaldurchmesser, im Frontaldurchmesser hatte sie sogar noch auf die seitlichen Theile des Pharynx übergegriffen, so dass also Sitz und Insertion des Tumors so ungünstig wie möglich waren. Ich überzeugte mich daher bald von der Unmöglichkeit, die Schlinge umzulegen und stand mit Recht von weiteren Versuchen ab. Dieser Ansicht traten auch die hiesigen Collegen Dr. Gerstein (Chirurg) und Dr. Schmitz (Specialcollege) bei, die den Kranken ebenfalls untersuchten und bei verschiedenen Operationssitzungen zugegen waren. Wenn hier wirklich eine Schlingenoperation in Frage kommen sollte, so konnte das höchstens mit der breiten, starren Glühschlinge von Voltolini geschehen, mit der man meisselartig Stücke aus der Geschwulst hätte abschneiden können. Ich bin aber sehr zweifelhaft, ob das hier sich ausführen liess, jedenfalls aber würde man nur sehr langsam im günstigsten Fall damit zum Ziele gelangt sein.

Herr Grünwald hegt Zweifel, dass es sich in meinem Fall um einen „typischen" Nasenrachenpolypen gehandelt habe. Den Ausdruck „typischer Nasenrachenpolyp" habe ich Bensch entlehnt, der meiner Meinung nach die beste Arbeit über diese Neubildungen geliefert hat, ich finde wenigstens diesen Ausdruck bei anderen Autoren nicht angegeben. Alle Merkmale aber, die Bensch als für einen „typischen" Nasenrachenpolypen characteristisch anführt, passen so ganz und gar

Digitized by Google

zu dem von mir beschriebenen, dass auch nicht der geringste Zweifel obwalten kann, dass es sich in meinem Fall um einen wirklich „typischen" Nasenrachenpolypen im Bensch'schen Sinne handelte. Und weshalb ist nach Herrn Grünwald derselbe nicht als ein „typischer" zu bezeichnen? Weil die Geschwulst erst mit dem 29. Lebensjahre auftrat, der Träger demnach bereits 4 Jahre im immunen Alter sich befand! Ich glaube, mit dieser Anschauung dürfte Herr Grünwald doch wohl vereinzelt dastehen. Von den Autoren erwähnt z. B. Schech in seinem Werk: „Krankheiten der Mundhöhle etc., II. Aufl.", nicht einmal das fast ausschliessliche Vorkommen der Nasenrachenpolypen im jugendlichen Alter, woraus man doch wohl den Schluss ziehen darf, dass er hierauf keinen grossen Werth legt. Ich möchte Herrn Grünwald bemerken, dass zur Einreihung einer Geschwulst in eine bestimmte Categorie in erster Linie der pathologisch-anatomische Befund entscheidet, sodann der klinische Verlauf; was würde Herr Grünwald wohl sagen, wenn eine anatomisch wie klinisch als „Carcinom" festgestellte Geschwulst nur um deswillen nicht diese Bezeichnung erhalten sollte, weil dieselbe im jugendlichen Alter aufgetreten sei! Solche Fälle sind zweifellos vorgekommen, aber sie stossen den Satz nicht um, dass das Carcinom eine Erkrankung des reiferen Alters ist. Auch der „typische" Nasenrachenpolyp ist zweifellos eine Krankheit des Kindesalters, und es ist mir keineswegs eingefallen, gegen diese zu Recht bestehende Auffassung und die „juvenile" des Herrn Grünwald zu Felde zu ziehen, ich habe von vornherein meinen Fall als eine Ausnahme von der Regel betrachtet, ganz ebenso, wie das von Bensch geschehen ist, der mir schrieb: „Nulla regula sine exceptione und überdies handelte es sich auch in Ihrem Fall um ein jugendliches Individuum." Obwohl nun dieser erst im immunen Alter auftretende, sonst alle Merkmale eines „typischen" Nasenrachenpolypen tragende Tumor schon um deswillen unser Interesse in Anspruch nimmt, so leitete mich zur Veröffentlichung des Falles doch ein ganz anderer Beweggrund, nämlich der, nachzuweisen, dass auch bei grossen breitbasigen Nasenrachentumoren die rhinochirurgische Technik gegenwärtig so vervollkommnet ist, dass wir der entstellenden und gefährlichen Voroperationen entbehren können, denn es ist leider nur zu wahr, dass auch noch heutigen Tages eine Menge Nasenrachenpolypen solche schweren operativen Eingriffe ganz unnöthig nach sich ziehen, es muss daher unser Bestreben sein, der specialistischen ungefährlichen Behandlung allgemeineren Eingang zu verschaffen.

Herr Grünwald betont die Möglichkeit des spontanen Schwindens der „typischen" Nasenrachenpolypen, er meint, dass es zwar noch nicht an der Zeit sei, irgend welche allgemein giltige Maximen für das Verhalten gegenüber diesen juvenilen Geschwülsten aufzustellen, da noch zu wenig Erfahrungen über den spontanen Verlauf vorlägen, dass wir aber die Frage der Spontanheilung aufmerksam im Auge behalten müssten. Ich bin mit Voltolini der Meinung, dass die wenigen bisher beobachteten Fälle spontaner Rückbildung nicht geeignet sind, eine Richtschnur für unsere therapeutischen Maassnahmen zu bilden, wir werden uns daher hüten, einer bisher nur durch einzelne Thatsachen verbürgten Theorie zu Liebe die Kranken in Erwartung einer spontanen Rückbildung sich selbst zu überlassen. Wenn es aber Herrn Grünwald gelang, 3 Mal eben-

Digitized by Google

solche Tumoren, wie ich beschrieben, in einer Sitzung zu beseitigen, wozu dann die exspectative Methode besonders berücksichtigen! Dieselbe hatte doch nur so lange einen Werth, als die gefährlichsten Voroperationen, die allein schon nach der Statistik circa 50 pCt. Todesfälle im Gefolge hatten, zur Beseitigung der Nasenrachenpolypen geübt wurden; sobald wir Methoden kennen, die schnell und ungefährlich zum Ziele führen, gebietet uns die Rücksichtnahme auf den Kranken, denselben von seinen Qualen zu befreien, selbst auf die Gefahr eines bald auftretenden Recidiv's hin.

Ich hatte in meiner Arbeit hervorgehoben, dass in meinem Fall ein Trauma die Veranlassung zu der Tumorbildung gewesen sein könne, da hier in frappanter Weise gleich nach Einwirkung des Trauma's die nasalen Störungen aufgetreten waren. Herr Grünwald bestreitet diese Möglichkeit und betont das spontane Kommen und Verschwinden der „typischen" Nasenrachenpolypen. So geistreich aber auch immer der Erklärungsversuch von Bensch für die Aetiologie dieser Geschwülste ist — und auch Bensch betrachtet seine Erklärung nur als einen Versuch —, so ist doch, die Richtigkeit desselben zugegeben, in erster Linie nach einem Grund für diese im concreten Fall aufgetretene Wachsthumsanomalie zu suchen, und da scheint mir aber ein Trauma nicht so ohne Weiteres von der Hand zu weisen; ist doch bei manchen anderen Geschwulstarten — ich erinnere nur an das Carcinom der Lippe, des Uterus etc. — eine traumatische Ursache mit der allergrössten Wahrscheinlichkeit anzunehmen.

Auf den Einwurf des Herrn Grünwald, dass bei der von mir geübten Operationsmethode eine erhöhte Infectionsgefahr vorgelegen habe, erwidere ich, dass auch bei der galvanocaustischen Operation Blutungen eintreten, demnach auch hier eine Infection nicht ausgeschlossen ist.

Dortmund, den 10. Juli 1891.

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Die Erfolge der Trepanation bei dem otitischen Hirnabscess. Von Dr. Eduard Braun. (Arch. f. O. Bd. XXIX., Heft III.)

B. empfing die Anregung zu dieser werthvollen Arbeit durch die Beobachtung von 6 Patienten der Schwartze'schen Klinik, bei denen wegen Hirnabscesses und Abscesses zwischen Dura und Knochen die Trepanation ausgeführt wurde, und von denen drei mit dem Leben davon kamen. Bei dem einen wurde der Kleinhirnabscess eröffnet, bei dem zweiten ein subduraler Abscess, bei dem dritten konnte der gesuchte Abscess nicht gefunden werden.

Bei der Wichtigkeit des Themas von der operativen Eröffnung der Hirnabscesse erscheint es angezeigt, die interessanten Krankengeschichten im knappen Auszuge mitzutheilen.

Bei Fall I. wurde 7 Wochen nach dem Auftreten einer linksseitigen eitrigen Mittelohrentzündung die Trepanation des Warzenfortsatzes aus-

Digitized by Google

geführt; die Operation schien gelungen und Patient ausser aller Gefahr, als plötzlich — 5 Wochen nach der Operation — Schmerzen und Steifigkeit des Nackens, dann Druckschmerz im linken Occiput auftrat.

Unter geringen Remissionen dauerten diese Beschwerden an und stellten sich auffallend starker eitriger Ausfluss aus Ohr und Operationswunde sowie öftere abendliche Fieberregungen ein.

Jetzt wurde — zwei Monate nach der ersten Operation — der Processus mastoideus wieder eröffnet und eine Perforation der Dura gefunden, durch welche eine Sonde 2 Ctm. tief in einen Kleinhirnabscess eingeführt werden konnte. Bei täglichem Verbandwechsel und Drainage nahm der Eiterausfluss innerhalb eines Monates so ab, dass das Drain weggelassen werden konnte. Fünf Wochen nach der Trepanation war die Wunde verheilt, nach einem weiteren Monat wurde der Patient vollständig frei von allen Beschwerden und mit guter Hörweite entlassen. Seitdem ist er durch drei Jahre völlig gesund geblieben.

Im zweiten Falle handelte es sich um einen 12jährigen Knaben, der nach chronischer Mittelohreiterung Cholesteatom acquirirte, bei dessen Entfernung durch Aufmeisselung des Warzenfortsatzes sich auch ein subduraler Abscess vorfand. Wenige Tage nach der Operation traten pyämische Erscheinungen auf, nach einigen Wochen Hirndrucksymptome, derentwegen die Trepanation des Schädels $2^1/_2$ Ctm. über und 1 Ctm. hinter dem Gehörgange ausgeführt wurde. Aus dem Schläfelappen konnte bei 8—10maliger Probepunction kein Eiter entleert werden. Zehn Tage später wurde auf das Kleinhirn hintrepanirt, und dasselbe nach acht verschiedenen Richtungen punktirt, wieder vergeblich.

$2^1/_2$ Monate hierauf starb der Patient und fand sich in der linken Kleinhirnhemisphäre eine pflaumengrosse längliche Höhle ohne Inhalt, mit derben, von Leisten durchzogenen, schmutzigen, blassgelben Wandungen, es hatte vollständige Resorption des Eiters stattgefunden, ein Ereigniss von grösster Seltenheit. Die Symptome ante mortem waren gewesen: abendliche Fieberregungen, dabei Pulsverlangsamung, Erbrechen, viel Kopfschmerz und Schmerzen in beiden Augen, zunehmende Abmagerung.

Der dritte Fall, der jedoch durchaus nicht klar und bei dem die Diagnose nicht erhärtet ist, bezieht sich auf einen 17jährigen Lehrling, dem wegen Druckempfindlichkeit am Planum mast. infolge recenter Mittelohrentzündung linkerseits der Warzenfortsatz eröffnet wurde; ohne dass man dabei auf Eiter kam, wurde der Patient 20 Tage später geheilt entlassen. Nach sechs Wochen traten Schwindel, Taumeln und Fallen nach rechts hinten, nach weiteren vier Wochen rechtsseitige Abducens- und Internuslähmung auf, sowie Kopfschmerzen. Da diese Symptome mit unbedeutenden Intervallen durch 4 Monate anhielten, wurde die Diagnose auf Kleinhirnabscess gestellt, die Trepanation des linken Hinterhauptbeines vorgenommen, das Kleinhirn nach drei Richtungen hin punctirt und mittelst Scalpells angestochen, wobei sich jedoch kein Eiter entleerte. Heilung per primam nach vierzehn Tagen; Kopfschmerzen verschwunden. Nach einem Monate die alten Symptome, die allmählig wieder nachlassen und einer gewissen Euphorie Platz machen.

Der vierte Patient war ein 28jähriger Zimmermann, welcher von Jugend auf an foetider Mittelohreiterung rechterseits litt und 17 Tage vor dem Spitalseintritte an stärkerer Eiterung, Schmerzen im rechten

Digitized by Google

Ohre und Kopfschmerzen rechterseits erkrankte. Bei der Aufnahme fand sich Caries der hinteren oberen Gehörgangswand, Tags darauf stellte sich Schüttelfrost, hohes Fieber, heftiger Kopfschmerz, Schwindel und Taumeln ein; die zwei Tage später vorgenommene Aufmeisselung des Antrums brachte keine Besserung. Es kamen die Kopfschmerzen in der rechten Stirne und Schläfe wieder, Pulsverlangsamung und Schläfrigkeit traten auf (Temperaturangaben fehlen leider); 11 Tage nach der Operation wurde Patient unbesinnlich und bekam tonische Krämpfe der linken Körperhälfte sowie einmal Trismus.

Jetzt wurde ein Abscess im rechten Schläfelappen angenommen, sofort zur Trepanation geschritten und dabei eine Knochenöffnung von $1^1/_2$ Ctm. Länge und 6—7 Mm. Breite, 2 Ctm. über dem Gehörgange angelegt. Anschneiden des Schläfelappens förderte etwas Eiter zu Tage. Tod zwei Stunden später. Die Section ergab einen hühnereigrossen Abscess des rechten Schläfelappens, der auch durch die Schnittöffnung nicht genügend entleert war. Das Schläfebein war an drei Stellen gegen die Schädelhöhle zu durchbrochen.

Im fünften Falle handelte es sich um einen kolossalen Abscess zwischen Dura und Knochen in der Gegend des Kleinhirnes, trotz glücklicher Entleerung trat Tod ein durch metastatischen Lungenabscess und fand sich bei der Section ein zweiter Abscess im Schläfelappen, der intra vitam nicht diagnosticirt worden war.

Im sechsten Falle endlich konnte man bei einem 19jährigen Burschen nach der Aufmeisselung des Warzenfortsatzes einen subduralen Abscess entleeren, der bei acuter Caries durch Otitis media suppurativa acuta entstanden war. Der fast moribund gewesene Patient erholte sich rasch und sistirte die Otorrhöe schon acht Tage post operationem.

Im Anschlusse an die Mittheilung dieser Fälle bespricht der Autor eingehend die bekannten Ausgänge des Hirnabscesses, bei denen man trotz der Möglichkeit langer Latenzperioden von einer definitiven Heilung bei Lebzeiten des Patienten nicht reden könne, und citirt die bisher bekannten, für die Trepanation bei Hirnabscess aufgestellten Ansichten und Indicationen, wobei er den von Bruns*) 1854 aufgestellten Sätzen die grösste Bedeutung beimisst, da sie durch die Erfolge der antiseptischen Behandlung noch fester begründet seien. Die auch auf den otitischen Hirnabscess zu beziehenden bemerkenswerthesten Stellen lauten: . . . .

2) Befindet sich in dem Schädelgewölbe eine Lücke, in welcher die Hirnhäute frei liegen, und ist auch nur ein mässiger Grad von Wahrscheinlichkeit vorhanden, dass sich gerade unter dieser Stelle ein Abscess befindet, so muss dieser sofort durch einen Einstich in die Dura oder in die Gehirnsubstanz entleert werden.

3) Ist aber die Hirnschale geschlossen, so wird sich der Arzt nur dann zur Trepanation entschliessen, wenn die davon für den Kranken zu befürchtende neue Lebensgefahr geringer erscheint als die von der Unterlassung des Eingriffes.

a) Sind gar keine Umstände vorhanden, welche Vorhandensein und Sitz des Abscesses auch nur mit Wahrscheinlichkeit vermuthen lassen,

*) Die chirurgischen Krankheiten und Verletzungen des Gehirnes und seiner Umhüllungen.

Digitized by Google

so ist jeder Operationsversuch zur Auffindung und Entleerung zu unterlassen. b) Kann dagegen nicht nur Dasein, sondern auch Sitz des Abcesses mit voller Sicherheit diagnosticirt werden, so ist die Entleerung durch die Trepanation ganz entschieden angezeigt.

Was die Technik der Operation betrifft, so solle selbe mit Hammer und Meissel mit breiter Eröffnung der Schädelhöhle vorgenommen werden. Die Knochenlücke soll mindestens thalergross sein. Sind keine pathologischen Veränderungen vorhanden, die den Weg zum Abscesse weisen, so muss man sich denselben nach den feststehenden Regeln bahnen. Nach Chauvel trifft man den Schläfelappen am besten in einer vom äusseren Augenwinkel beginnenden und den oberen Rand der Ohrmuschel tangirenden Linie, die durch zwei auf derselben errichtete Senkrechte, die eine vor, die andere hinter der Ohrmuschel, abgegrenzt wird. Der Mitte der genannten Horizontalen zwischen den Fusspuncten der beiden Senkrechten entspreche die mittlere Windung des Schläfelappens. Bei Kleinhirnabscessen müsse man von der Trepanationsöffnung im Warzenfortsatze nach hinten und oben vorgehen.

Die Dura soll breit eröffnet werden, der früher üblich gewesene Einstich ins Gehirn mittelst der Explorativnadel ist durch den Einschnitt mittelst Scalpells zu ersetzen. Die Abscesshöhle muss ausgespült und drainirt werden. Die Heilungsdauer betrug in den von B. zusammengestellten Fällen 17 Tage bis vier Monate und ist die Möglichkeit der vollständigen Ausheilung durch festes Narbengewebe anatomisch erwiesen. Die Trepanationslücke schliesst sich durch festes, in der Regel ausserordentlich derbes, ja knochenhartes Narbengewebe.

Bedenken gegen die Ausführung der Operation findet B. in der Schwierigkeit der manchmal zwischen Abscess und Tumor schwankenden Diagnose und in der Unmöglichkeit, das Vorhandensein multipler Abscesse zu erkennen oder auszuschliessen; die Gefahren in der Möglichkeit der Wundinfection — Hinzutreten von Meningitis —, in der dickeren Consistenz des Abscesseiters, in Blutungen aus den Gefässen der Hirnhäute, im Hirnprolapse, schliesslich in der Möglichkeit, dass durch das eingeführte Drain die weiche Abscesswand perforirt werde; schliesslich müsse das Auftreten von Epilepsie nach der Vernarbung gefürchtet werden.

Zur Verhütung der otitischen Hirnabscesse wäre die Belehrung des Publikums seitens der Aerzte wichtig, den „Ohrenfluss" nicht für ein unbedeutendes oder gleichgiltiges Leiden zu halten, bei dem die Kranken erst in Behandlung kommen, wenn schon Zerstörungen am Felsenbeine da sind, und das Uebergreifen der Entzündnng auf die Schädelhöhle nicht mehr zu verhüten ist, oder schon stattgefunden hat. Ist aber der Hirnabscess schon da, dann darf neben ihm das Ohrenleiden nicht vernachlässigt werden, da sonst nach glücklicher Entleerung des Hirnabscesses die Entzündung vom Ohre auf's Neue gegen das Gehirn vordringen könnte. Es sei daher die Eröffnung jeden chronischen Hirnabscesses nach eitriger Mittelohrentzündung die Aufmeisselung des Antrum mastoideum vorauszuschicken, und zwar nach der Schwartze'schen Methode.

Gomperz.

Digitized by Google

Ueber die Einwirkung des Koch'schen Verfahrens auf Mittelohraffectionen. Von Dr. Oscar Brieger. Aus dem Vortrag: Ueber die Einwirkung des Koch'schen Verfahrens auf Schleimhautlupus, gehalten in der med. Sect. der schles. Ges. f. vaterl. Cultur. (D. med. Wochenschr. 5, 1891.)

B. berichtet über zwei Fälle. Bei einem mit Lupus faciei et auriculae dextr. behafteten Knaben, welcher gleichzeitig an einer angeblich seit frühester Kindheit bestehenden rechtsseitigen Mittelohreiterung litt, zeigte sich nach 5 Injectionen, ohne dass irgend welche Localbehandlung vorgenommen war, eine eclatante Besserung der Ohrerkrankung. Das vorher reichliche und stark foetide Ohrsecret, in welchem übrigens niemals Bacillen gefunden wurden, war fast vollkommen versiegt und nicht mehr foetid; am Trommelfell, welches durch starke Schwellung der Gehörgangswandungen vorher fast gänzlich verdeckt war und erst unter der Anwendung der Injectionen mit der allmähligen Abnahme der Gehörgangsschwellung der Untersuchung zugänglich wurde, war nach den Injectionen im vorderen unteren Quadranten eine ovale, ziemlich kleine Perforation, an der in ihr zu Tage liegenden Paukenschleimhaut einzelne mattrothe, flache Granulationen noch erkennbar. Das vor der Behandlung stark herabgesetzte Hörvermögen war zur Zeit des Abschlusses der Beobachtung erheblich gebessert.

Im zweiten Falle handelte es sich um eine sicher tuberculöse Mittelohraffection, die nur wenige Wochen bestanden hatte; früher waren Bacillen im Ohrsecret nachgewiesen worden. Zur Zeit der Aufnahme schien die Affection abgelaufen zu sein, da beide Ohren secretfrei waren und zunächst auch blieben. Es bestanden beiderseits grosse Trommelfelddefecte, in deren Bereich die glatte, nur noch etwas hyperämische Paukenschleimhaut vorlag. Nach der 6. Injection zeigte sich links ein vorübergehendes, nur an dem Injectionstage nachweisbares Aufflackern der Secretion bei etwas stärker hyperämischer Beschaffenheit der Paukenschleimhaut, nach der 11. Injection Wiedereintritt der seit etwa 4 Wochen verschwundenen Absonderung von Eiter, in welchem nun auch wieder ganz vereinzelte Bacillen nachweisbar waren. B. hält für beide Fälle den Einfluss der Injectionen für möglich, wenn auch nicht zu beweisen.

Andere, dem Koch'schen Verfahren unterworfene suspecte Mittelohraffectionen, sowie ein Fall von ausgedehnter Caries des Felsenbeines reagirten nicht.

Gomperz.

Der Einfluss des Geschlechtes auf überwiegendes Erkranken des rechten oder linken Ohres. Von Dr. Loewenberg. (Deutsche med. Wochenschr. No. 49, 1890.)

Von 3000 Fällen betrafen 1790 das männliche, 1210 das weibliche Geschlecht. Einseitig erkrankt waren 478 Männer und 311 Frauen, das rechte Ohr allein war erkrankt bei 212 Männern und 167 Frauen, das linke allein bei 266 Männern und 144 Frauen. Einseitige Schwerhörigkeit befällt demnach bei Männern häufiger das linke, bei Frauen häufiger das rechte Ohr. Unter den mit doppelseitiger Schwerhörigkeit Behafteten befanden sich 1074 Männer und 737 Frauen; und zwar war das rechte Ohr schwerhöriger als das linke bei 427 Männern und 340 Frauen, das linke schwerhöriger als das rechte bei 647 Männern und 397 Frauen.

Digitized by Google

Demnach ist, wenn beide Gehörorgane ergriffen sind, das linke bei Männern auffallend häufiger schwerhörig als das rechte, während dieses Verhältniss bei Frauen bedeutend seltener überwiegt.

Auf beiden Seiten gleich hochgradige Hörstörungen fanden sich bei 238 Männern und 162 Frauen. Gomperz.

Beitrag zur Behandlung des sclerotischen Mittelohrleidens. Von Dr. Loewenberg. (Deutsche med. Wochenschr. No. 28, 1890.)

Während L. die treffliche Wirkung der Einblasungen von Luft, oder Arzneistoffen in die Paukenhöhle bei den acuten und chronischen, catarrhalischen und eitrigen Mittelohrentzündungen voll anerkennt und hierbei etwaige, bei ihrer Verwendung vorkommende Zerrungen des Schallleitungsapparates für irrelevant hält, will er übermässige Druck- und Stosswirkungen bei der Behandlung der Sclerose vermieden wissen. Geschieht die Behandlung durch den Arzt, so solle ausschliesslich der Katheterismus verwendet werden, bei welcher Operation die Stärke des Druckes beliebig geregelt werden kann. Dabei müsse sich der Patient das Ohr hermetisch mit dem Finger verschliessen, wodurch die Spannung des Trommelfelles nach aussen beschränkt werde.

Für den Fall, dass dem Patienten die Behandlung überlassen werden müsse, fordert L., dass der Patient sich womöglich selbst das Politzer'sche Verfahren, das hierbei in Betracht kommt, mache, da er am besten die nöthige Druckkraft abzuschätzen lerne. Während der Einblasung müsse er sich aber von einer zweiten Person beide Ohren mit den Fingern schliessen lassen. Die Assistenz einer zweiten Person kann übrigens umgangen werden, wenn der von Löwenberg 1884 angegebene Apparat*) benutzt wird, der aus einem Ballon besteht, von dessen Ansatze ein oder zwei mit Oliven armirte Schläuche abgehen, welche luftdicht in den einen oder beide Gehörgänge gesteckt werden.

Was die Wahl der durch den Catheter einzublasenden Medicamente betrifft, so warnt L. vor den feuchten Wasser- und sonstigen Flüssigkeits-Dämpfen und den trockenen Joddämpfen**). Werthvoll scheinen L. die kalten, mit Luft gemengten Joddämpfe, wie man sie durch Aspiration aus einer crystallisirtes Jod enthaltenden Flasche in den Ballon erhält. Gegen die subjectiven Geräusche fand L. die Dämpfe des Bromäthyls, per tubam eingeblasen, besonders wirksam.

Schliesslich macht L. auf ein Symptom aufmerksam, das er so regelmässig vorfand, dass er seine diagnostische und prognostische Verwerthung empfehlen kann: „Während die Einblasung der Dämpfe des Aethers, Chloroforms und Bromäthyls Patienten, die an anderen Ohrenkrankheiten als an Sclerose leiden, das Gefühl der Kälte erzeugt, geben die an Sclerose leidenden Patienten ein Gefühl der Wärme, ja des Brennens an". Gomperz.

---

*) Berl. klin. Wochenschr. No. 37, 1884.

**) Die Wiener Schule hat diese Behandlungsmethode seit Jahren aufgegeben.

Digitized by Google

Das Verhältniss der Ohrenheilkunde zu den anderen Zweigen der medicinischen Wissenschaft. Von Prof. Dr. Julius Böke, Budapest. Vorgetragen in der chirurgischen Section der XXV. Wanderversammlung ungarischer Aerzte und Naturforscher zu Grosswardein. (Arbeiten der Wanderversammlung, Budapest 1891, pag. 323—325.)

Verfasser erinnert zuvörderst an die unbestreitbare Thatsache, dass die medicinische Wissenschaft, trotzdem ihr Endziel die Erkenntniss und Behandlung aller Krankheiten ist, doch in ihrer Entwickelung nur durch verschiedene Forschungen herangebildet werden konnte; es müssen daher Forschungen und Arbeiten auf jedem einzelnen Gebiete und in jedem Fache durch besondere hierzu geeignete Kräfte durchgeführt werden, damit ein fester, echt wissenschaftlicher Zusammenhang in der Medicin entstehe. Nun setzt Verfasser die Beziehungen auseinander, in welchen die Ohrenheilkunde zu den anderen Zweigen der Medicin steht, führt einen kurzen Abriss der Entwickelungsgeschichte der Otiatrik an, um dann die dringende Nothwendigkeit otiatrischen Wissens zur Feststellung einer genauen Diagnose bei Krankheiten des Nervensystems, des Gehirns, bei metastatischen Processen, bei Typhus, Scharlach, Diphtheritis etc., ebenso im Wirkungskreise forensischer und militär-ärztlicher Thätigkeit zu erörtern und verleiht unter Anderem der Ansicht Ausdruck, dass mit der Verallgemeinerung der Ohrenheilkunde die Zahl der Taubstummen ebenso abnehmen dürfte, wie seit der Vaccination die Zahl der durch Blattern Erblindeten sich vermindert hat. Schliesslich beleuchtet Verfasser die Unumgänglichkeit allgemeinen medicinischen Wissens bei Behandlung der Erkrankungen des Gehörorgans, und da die Ohrenheilkunde mit der Gesammtwissenschaft der Medicin in engem Zusammenhange steht, glaubt er, dass der systematische und obligatorische Unterricht derselben dringend geboten erscheine. Szenes.

---

b) Rhinologische:

Anatomie, Physiologie und Pathologie des Nervus olfactorius. (Etude sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie du nerf olfactif.) Von Dr. Dana. (New-York medical Journal und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 3, 1890.)

Genaue Beschreibung der anatomischen und physiologischen Verhältnisse des Nervus olfactorius; letzterer kann primär (Tabes dorsales, Greisenalter, seltener Entzündung, Hysterie) oder secundär durch Trauma, Tumoren, Entzündungen, Syphilis erkrankt sein. Dr. P. K.

Ueber cystopneumatische Entartung der mittleren Nasenmuschel. Von Dr. Hugo Zwillinger, Budapest. (Gyógyászat No. 17, 1891. — Wiener klin. Wochenschrift No. 19, 1891.)

Zwillinger erwähnt als zwar seltene, doch bis nun zu wenig gewürdigte Ursache der Insufficienz der Nasenathmung die blasige Auftreibung der mittleren Nasenmuschel, welch' letztere, in eine lufthaltige Knochenblase verwandelt sich zu einer Siebbeinzelle emporschwingt, und ist dann entweder das vordere Muschelende in toto in eine halbkugelige Blase umgewandelt, deren Hohlraum durch ein Septum getheilt mit dem

Digitized by Google

mittleren Nasengange communicirt, oder es ist blos eine umschriebene Stelle der Muschel ausgeweitet. In einem Falle sah Verfasser bei der Rhinoscopia anterior in der Tiefe einen halbkugeligen Tumor, welcher den mittleren Nasengang aufhob und die Riechspalte verlegte, und erwies sich derselbe bei Sondenuntersuchung von knochenharter Consistenz; es fehlten trotz der Grösse der Blase der nasale Timbre der Sprache, wie auch Symptome, welche auf eine Affection des Antrum Highmori hingedeutet hätten. — Vom differential-diagnostischen Standpunkte aus will Zwillinger darauf aufmerksam machen, diese lufthaltigen Knochenblasen mit der sogenannten Mucocele des Siebbeines nicht zu verwechseln, bei welch' letzterer es sich um Retention des Secretes im Siebbeinlabyrinthe oder um eine Schleimcystenbildung zu handeln pflegt; ausser der Punction könnte man hier die Durchleuchtung zur Sicherstellung der Diagnose versuchen. Auch könnte eine blasige Auftreibung mit einem Osteom der Nasenhöhle verwechselt werden.

Zur Operation empfiehlt Verfasser die galvanocaustische Schlinge; kann man zwischen Blase und Septum nicht durchkommen, dann ist es zweckmässig, mit dem Spitzbrenner eine Oeffnung in die Wandung der Blase zu machen und dieselbe mit einer starken Scheere abzutragen; (die Zange hält Zwillinger deshalb für unzweckmässig, weil bei der dünnen Beschaffenheit des Knochens mehr zerstört werden kann, als intendirt ist).

Dass diese Knochenblasen bei Kindern bis jetzt noch nicht beobachtet wurden, will Zwillinger nur äusseren Ursachen zuschreiben, da doch die Befunde bei Erwachsenen auch nur spärlich in der Literatur verzeichnet sind. Szenes.

Einfache Methode, das oft wiederkehrende Nasenbluten zu bekämpfen. (Note sur un moyen très simple d'amener la disparition définitive de certaines épistaxis à répétition.) Von Dr. Ruault. (Archives de laryngologie, December 1889.)

Oft befindet sich am vorderen unteren Ende der Nasenscheidewand eine traumatische Erosion, welche wegen der fortwährenden Bewegung dieser Theile und der sie bedeckenden Krusten schwer heilt; daher stammen die sich oft wiederholenden Blutungen. Wenn Pat. während 2—3 Wochen drei Mal täglich Vaseline durch das betreffende Nasenloch einziehen, so sind sie schnell geheilt. Dr. P. K.

Spirometrische Untersuchungen bei Nasenleiden. (Recherches spirométriques dans les rhinopathies.) Von Dr. Joal. (Revue de laryngologie No. 8 und 9.)

Verf. giebt die Geschichte des Spirometers von Hutchinson (1846) bis auf unsere Tage und betont dessen geringe practische Wichtigkeit für die Klinik. Er giebt dann ein eigenes, von ihm construirtes Spirometer an. In einem zweiten Kapitel giebt Verf. neun Krankengeschichten von Nasenkranken, wo nach der Beseitigung der Rhinopathie das Spirometer eine Zunahme der Lungencapacität nachwies, ohne dass die Pat. sich vorher über Athemnoth beklagten. Abgesehen von dieser auf mechanischem Wege hervorgerufenen und wenig bemerkbaren Dyspnoe kommt sehr oft die durch die Reflexe hervorgerufene und krampfhaft auftretende

Digitized by Google

asthmatische Dyspnoe zu Stande. In einem dritten Kapitel sucht Verf. practische Schlüsse aus dem Princip der verminderten Athmung bei Nasalleiden zu ziehen; obschon nicht bemerkbar für die betreffenden Patienten, so ist deren Stimme doch besonders beeinträchtigt, namentlich wenn der Beruf feine Nuancen der Töne erfordert; Reflexe der Stimmbänder, von Nasalleiden ausgehend, spielen auch hierbei eine Rolle. Verf. sucht dies an vier Beispielen, bekannte Künstler betreffend, auf eine recht interessante Weise nachzuweisen; letztere Krankengeschichten sind im Original nachzulesen. Die ganze Arbeit ist dazu angethan, weitere Versuche und practische Schlüsse der so häufigen Nasenleiden in Betreff der Athmung anzustellen. Dr. P. K.

Ueber Tuberculose der Nasenschleimhaut. Von Dr. Hahn. (D. med. Wochenschr. No. 23, 1890.)

Nach einer Uebersicht über die bis jetzt als Tuberculose der Nasenschleimhaut veröffentlichten 30 Fälle werden 6 Fälle dieser Erkrankung, welche in der Bonner Univ.-Klinik für Hautkrankheiten und Syphilis beobachtet wurden, ausführlich beschrieben. Die Erkrankung ging vom Septum aus: 2mal waren einfache Tumoren, 1mal deren mehrere „polypenähnliche", 3mal Granulationswucherungen vorhanden. Die Therapie bestand in Anwendung des scharfen Löffels, Cauterisation mit dem Paquelin nur zur Zerstörung der Reste, Auflegen von 10 proctgr. Pyrogallussalbe. Vorläufige Heilung erfolgte in allen Fällen. Heinze.

Nasopharyngealpolyp, prophylactische Tracheotomie. (Polype nasopharyngieu; trachéotomie préalable.) Von Dr. Chénieux. (Association française pour l'avancement les sciences. Session de Limoges.)

Ein 17jähriger Mann zeigte einen die Radicaloperation indicirenden Pharynxpolypen. Prophylactische Tracheotomie; gefährliche Ohnmacht, welche 10 Minuten dauerte. Nach fünf Tagen Resection des Oberkiefers unter Chloroformnarcose, Entfernung der Neubildung mittelst Thermocauter und Raspatorium. Dr. P. K.

Ueber Diagnose und Behandlung der bösartigen Geschwülste der Nasenhöhlen. (Etude sur le diagnostic et le traitement des tumeurs malignes des fosses nasales.) Von Dr. Plicques. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 3, 1890.)

Verf. theilt diese Tumoren auf künstliche Art in vier Gruppen: 1) die gestielten Tumoren, bei Weitem die zum Operiren die günstigsten, 2) die, deren Basis noch genau abgegrenzt ist, 3) die diffusen Tumoren, welche in die Tiefe oder auch blos in die Oberfläche sich ausdehnen, 4) die unbegrenzten, gar nicht mehr zu operirenden Fälle. Verf. giebt die verschiedenen Operationsmethoden, sowie sie von den Chirurgen angewandt werden, ohne etwas Neues dabei zu liefern.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Gummata der Nasenhöhlen. (Chirurgie des tumeurs gommeuses des cavités nasales.) Von Dr. Hobbs. (New-Orleans med. and surg. Journ. und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 3, 1890.)

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) In den meisten Fällen ist der chirurgische Eingriff nicht nur erlaubt, sondern geboten. 2) Die Furcht, nicht heilende Wunden zu setzen, ist illusorisch. 3) Die specifische Allgemeinbehandlung ist zu langwierig, besonders wenn unangenehme Reflexsymptome bestehen. 4) Blutverlust ist unbedeutend und unschädlich; Cocain macht die Operation schmerzlos. Dr. P. K.

Nasenstein und Nasenzähne. (Un cas de rhinolithe et deux cas de dents nasales.) Von Dr. Wright. (Medical Record und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 3, 1890.)

Gewöhnliche Nasensteine sind keine Seltenheit (1 Fall). — In dem zweiten Fall war vor 4 Jahren ein Schneidezahn beim Ausziehen abgebrochen worden, die Wurzel wurde durch das Nasenloch ausgezogen. In einem dritten Fall befand sich der Schneidezahn wegen abnormer extraalveolärer Bildung in der Choane — im Munde fehlte der betreffende Schneidezahn —, die Extraction durch die Nase war schwierig. Dr. P. K.

Diagnose und Therapie der Krankheiten der Nebenhöhlen der Nase. Von Prof. Schech. (D. med. Wochenschr. No. 6, 1891.)

Ueber Diagnose und Behandlung der Krankheiten der accessorischen Höhlen der Nase. Von P. Mc. Bride. (Ibidem.)

2 Vorträge, gehalten in der Section für Laryngologie des X. internat. med. Congresses (vide die Verhandlungen derselben).

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Ein neuer Mund- und Kehlkopfspiegel. Von Dr. Hartmann. (D. med. Wochenschr. No. 46, 1890.)

Da die gebräuchlichen Kehlkopfspiegel nicht ausreichend sich desinficiren lassen, liess H. Spiegel anfertigen, deren Hülse leicht geöffnet und geschlossen werden kann, wodurch ermöglicht wird, das Spiegelglas herauszunehmen, wieder einzusetzen oder durch ein neues zu ergänzen, und Hülse wie Glas jedes für sich zu desinficiren. (Gebr. Gesell, Berlin N., Oranienburgerstr. 97, fertigen solche Spiegel.) Heinze.

Die photographische Aufnahme des Kehlkopfs und der Mundhöhle. Von Dr. Wagner. (Berl. klin. Wochenschr. No. 50, 51, 1890.)

Ausführliche Beschreibung des von W. construirten Apparats und der Art seiner Anwendung, worüber das Original nachgelesen werden muss. Heinze.

Primäre Tuberculose des Mundes. (Un cas de tuberculose primitive de la bouche.) Von Dr. Gleitsmann. (New-York Acad. of Medic. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 3, 1890.)

Heilung des Patienten. Lungen und Ganglien waren von Anfang an intact. An der Zungenwurzel, dann an dem Ligamentum arytäno-

Digitized by Google

epiglotticum, dann an der Epiglottis selbst und an der Uvula specifisch tuberculöse Geschwüre, welche durch Auskratzen und Milchsäure definitiv heilten. Dr. P. K.

Eine seltene Form von Neurose der Zunge und des Mundes. (Une névrose peu connue de la langue et de la cavité buccale.) Von Dr. Bernhardt. (Neurolog. Centralbl. No. 13 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10.)

Drei Frauen und ein Mann zeigten unangenehmes Prickeln und Brennen im Munde und an der Zunge; es trat mit Intervallen auf, manchmal dauerte es lange an, störte den Schlaf und die Sprache. Anatomisch war nichts nachzuweisen; ätiologisch auch nicht. Alle glaubten ein Carcinom zu haben. Verf. erwähnt die hierher bezüglichen Schriften von Fournier, Labbé, Magitot, Lefferts, Hadden und Albert. Galvanische, sowie faradische Reizung der Zunge, besonders aber die moralische Ueberzeugung nützten am meisten. Verf. unterscheidet diese Nervenaffection von derjenigen, welche in einem fortwährenden Gefühl von Trockenheit besteht und gewöhnlich mit Erfolg durch Pilocarpin bekämpft wird. Dr. P. K.

Drüsentumor der Zunge. (Tumeur glandulaire de la langue.) Von Dr. Butlin. (Clinical Society de Londres und Ann. des maladies de l'oreille et du larynx.)

Zwei Frauen zeigten auf dem Zungenrücken, nahe der Mittellinie, und der Epiglottis eine hühnereigrosse Geschwulst, welche theilweise exstirpirt wurde. Obgleich die Operation nicht vollständig ausgeführt worden war, so kam doch kein Recidiv. Verf. glaubt, dass diese Tumoren foetalen Ursprungs waren; sie glichen nicht dem gewöhnlichen Drüsen-, sondern dem Thyroidalgewebe. Dr. P. K.

Rachenkrebs. Pharyngotomia subhyoidea. Tod nach 9 Monaten ohne Recidiv. Von Dr. Laquer. (Berl. klin. Wochenschr. No. 43, 1890.)

Ausführliche Beschreibung des Falles und der Operation „der 28. der sogenannten classischen Pharyngotomia subhyoidea". Der Kranke starb an Phthisis pulm. Heinze.

Ueber eitrige Entzündung des die Mandeln umgebenden Bindegewebes. (Phlegmon périamygdalien.) Von Dr. Lemaistre. (Association pour l'avancement du sciences. Session de Limoges.)

Das die Mandel umgebende Bindegewebe ist viel ausgedehnter an der äusseren oberen Seite, und hier bilden sich auch die Abscesse. Der Eiter sammelt sich an der äusseren oberen Seite der Mandel an, drückt selbe nach unten und innen, indem sie bedeutend geschwollen erscheint; demgemäss ist besonders der vordere Gaumenbogen oedematös angeschwollen. Die Abscesse öffnen sich, indem sie sich einen Weg bahnen entweder zwischen Mandel und Bögen, oder nach hinten und unten, oder durch den vorderen Gaumenbogen durch; dieser spontane Ausgang ist sehr schmerzhaft und manchmal gefährlich. Man soll so früh als möglich einschneiden. Sobald Eiter da ist, fühlt der eingeführte Finger am schiefen Theile des vorderen Gaumenbogens, $^1/_2$ Ctm. von seinem inneren

Digitized by Google

Rande entfernt, ein Auseinanderweichen der Muskeltheile des Musculus palatoglossus. Dieses Auseinanderweichen ist nicht sichtbar, wohl aber mit der Fingerpulpa zu fühlen; der Finger fühlt wie ein Knopfloch; der Druck an diesem Punkte ist übrigens sehr schmerzhaft; an diesem Punkte soll man einschneiden, da man so am besten auf den im oberen Theile der Mandelhülse angesammelten Eiter stösst; das Messer muss ziemlich tief eindringen. Dr. P. K.

Gefährliche Blutung nach der Amygdalotomie. (Hémorrhagie alarmante consécutive à l'amygdalotomie.) Von Dr. Fuller. (American Journal of med. scienc. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 3, 1890.)

Ein 25jähriger starker Mann bekam 5 Stunden nach der Operation heftiges Blutbrechen, ohne dass eine Blutung nach der Operation sichtbar war. Styptica und selbst die Ligatur der Carotis communis halfen nicht; die Blutung dauerte die ganze Nacht durch. Hypodermatische Injectionen von Branntwein unterhielten das Leben. Man injicirte zwölf Unzen Kochsalzlösung in die Venen; die Blutung hörte auf, der Puls kehrte zurück und die Heilung trat ein. Dr. P. K.

Primäres Mandelcarcinom. Pharyngectomia externa. Heilung. (Carcinome primitif de l'amygdale. Pharyngectomie externe. Guérison.) Von Dr. Fowler. (Brooklyn Med. Journal und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 3, 1890.)

67jährige Frau mit haselnussgrossem Tumor an der linken Mandel; Hypertrophie der Sternomastoidalganglien; Schmerz beim Schlingen. Schnitt senkrecht auf den Tumor, Unterbindung der Arteriae lingualis und Facialis, Durchschneiden der Jugularis externa und des Musculus stylohyoideus, Zurückdrängen der Mandel nach aussen, Umschreibung des so gebildeten Tumors mittelst des Thermocauters durch den Hypoglossus, den Constrictor superior und die Mucosa, Extraction der Mandel ohne Blutung. Dr. P. K.

Lufthaltiger Halstumor. (Tumeur gazeuse du cou.) Von Dr. Lemaistre. (Association française pour l'avancement des sciences. Session de Limoges 1890.)

Ein neugeborenes Kind bekam Tussis convulsiva; einen Monat später entstand in Folge der heftigen Anstrengungen in der Fossa supraclavicularis sinistra eine lufthaltige, runde, weiche, nicht schmerzhafte, beim Exspirium wachsende, beim Inspirium abnehmende, beim Husten prall werdende, nicht ganz reducirbare Geschwulst; nach drei Monaten war selbe bis zu Gänseeigrösse angewachsen. Die Diagnose auf Tracheocele mit sich langsam bildender Bindegewebskapsel. Nach einem zufälligen Trauma entzündete sich die Tasche; die Eiterung, welche befürchtet wurde, trat nicht ein, der Tumor selbst nahm an Grösse ab. Wenn die fortgesetzte Compression nicht hilft, so will Verf. die Radicalcur, ähnlich der Radicalcur der Unterleibsbrüche, versuchen; Lüke und Madelung haben selbe mit Erfolg ausgeführt. Dr. P. K.

Digitized by Google

Stimmbandgeschwüre während Influenza. (Ulcerations des cordes vocales dans le cours de la grippe.) Von Dr. Le Noir. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 3, 1890.)

Bei 130 Influenzakranken fand Verf. 4 Mal die betreffenden, oberflächlichen, auf den Stimmbändern selbst auflagernden Geschwüre; sie befanden sich am vorderen Drittel der Stimmbänder, waren symmetrisch, heilten ohne locale Behandlung. Verf. ist geneigt, infectiöse, nicht einfach catarrhalische Geschwüre in diesen vier Fällen anzunehmen. Folgt die genaue Beschreibung der vier Fälle. Dr. P. K.

Laryngologische Mittheilungen. Von Dr. Landgraf. (Berl. klin. Wochenschrift No. 1, 1891.)

L. berichtet ausführlich über: a) einen von ihm als Pemphigus angesehenen Fall von chronischer diffuser Erkrankung der Schleimhäute der Nase, der Conjunctiven, des Rachens, Kehlkopfes, der Trachea und des Mundes bei einem 48jährigen Manne, welcher, in den obersten Schichten mit fleckweiser Abstossung des Epithels beginnend, allmählig zu tieferen Veränderungen der Schleimhaut und der unterliegenden Theile führte; b) 3 Fälle von Neubildungen im Larynx; c) 2 Fälle von ohne bekannte Veranlassung entstandener Ankylose des einen Crico-arytaenoidal-Gelenkes, bei welchen mit Hilfe einer Mackenzie'schen, an den schneidenden Flächen mit Zinn ausgegossenen und an den Enden mit Gummi überzogenen Zange mechanisch, aber ohne nennenswerthen Erfolg, versucht wurde, dem betr. Aryknorpel seine Beweglichkeit wiederzugeben. Heinze.

Larynxcarcinom, theilweise Larynxexstirpation. (Cancer du larynx. Extirpation partielle du larynx.) Von Dr. Socin. (Progrès médical und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 11, 1890.)

Ein 60jähriger Mann hatte carcinomatöse Infiltration des rechten Stimmbandes mit der darunter gelegenen subglottischen Gegend. Tracheotomie, Tamponade der Trachea, Hemisection des Larynx. Heilung nach 2 Monaten, Stimme leidlich, kein Recidiv. Dr. P. K.

Ueber das laryngeale Corticalcentrum und über den intracraniellen Verlauf der von ihm entstammenden Fasern. (Du centre cortical moteur laryngé et du trajet intracérébral des fibres qui en émanent.) Von Dr. J. Garel und Dr. Louis Dor. (Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 4, 1890.)

Verff., nachdem sie die Arbeiten von Semon und Horsley, von Masini und Krause besprochen, kommen zu folgenden, aus ihren Untersuchungen gefolgerten Endschlüssen: 1) Es besteht in jeder der beiden Gehirnhemisphären ein motorisches Corticalcentrum; 2) dieses Centrum hat seinen Sitz am Fusse der dritten Stirnwindung und der Furche, welche diese Stirnwinduug von der aufsteigenden Stirnwindung trennt; 3) die von diesem Centrum entspringenden Fasern gehen auf die Höhe des äusseren Theiles des Knies der inneren Kapsel, auf diese Weise im Kniefascikel ein motorisches Laryngealfasciculum bildend, unabhängig vom Fascikel der Aphasie und von dem des Hypoglossus; 4) das Laryn-

Digitized by Google

gealcentrum hat eine kreuzende Wirkung. Seine Zerstörung erzeugt die vollständige Lähmung des Stimmbandes der anderen Seite (Cadaverstellung). Dr. P. K.

Innervation des Musculus cricothyroideus. (Innervation du muscle cricothyroidien.) Von Dr. Ch. Livon. (Association française pour l'avancement des sciences 1890. Session de Limoges.)

Der Ramus externus des Laryngeus superior besorgt nicht allein den Musculus cricothyroideus. Exner hat einen aus dem Plexus pharyngeus kommenden und den Cricothyroideus versorgenden Nervenast als Laryngeus medius beschrieben, Onodi aber behauptet, es bestehe dieser Laryngeus medius nur aus Fasern, welche vom Laryngeus superior kommen. Schneidet man beim Hunde den Nervus laryngeus superior durch, so verändert die Stimme sich Anfangs, wird aber nach einigen Tagen normal und man findet, dass der Musculus cricothyroideus keinerlei Veränderung, weder in seinen Functionen, noch in seiner Ernährung, erlitten hat; er hat also nothwendiger Weise Fasern von einer anderen Bezugsquelle, als vom Nervus laryngeus superior. Das Experiment beweist nun, dass die accessorischen Fasern von einem kleinen Nerven herstammen, welcher aus dem Plexus pharyngeus entstammt, sich nach oben und innen wendet, um sich mit dem Ramus externus motorius des Nervus laryngeus superior an der Stelle zu verbinden, wo dieser Ramus externus ein nach unten convexes Knie bildet behufs Eintritt in den Musculus cricothyroideus. Ein weiterer Beweis für die doppelte Innervation des Musculus cricothyroideus liegt darin, dass die Lähmung, die Atrophie und die fettige Degeneration nur durch die Durchschneidung beider Nerven hervorgebracht werden können. Beide Nerven sind selbstständig, denn nach Durchschneiden des Laryngeus superior bleiben die Functionen des anderen intact. Dr. P. K.

Klinisches über die Innervation und den Muskelmechanismus des Kehlkopfs. Von Dr. Neumann. (Berl. klin. Wochenschr. No. 6, 1891.)

Ein Fall von doppelseitiger Recurrenslähmung, welche intra vitam beide Giesskannenknorpel und Stimmbänder bei In- und Exspiration wie bei Phonationsversuchen vollständig unbeweglich und die Glottis weitklaffend in Cadaverstellung zeigte, kam zur Section. Beide Recurrentes lagen unlösbar eingebettet in carcinomatöse Drüsentumoren und waren in ihren zu den Muskeln verlaufenden Abschnitten in atrophische Bindegewebsstränge verwandelt, während der Nervus laryngeus superior vollständig intact gefunden wurde, ebenso „im Grossen und Ganzen" der von diesem Nerven versorgte Musc. cricothyreoid. ant.; wenigstens wurden in demselben nur in ganz geringer Anzahl fettige Entartung zeigende Fasern nachgewiesen (was N. damit erklärt, dass der Kranke viele Monate hindurch sehr wenig sprach und in letzter Zeit sogar ganz wortlos war). Alle übrigen von Recurrens innervirten Muskeln erschienen schon für das freie Auge atrophisch und ergaben microscopisch fettige Entartung (am vorgeschrittensten in den Erweiterern). N. folgert aus diesem Befunde, im Gegensatz zu den Thierversuchen Exner's, welcher fand, dass auch der Nerv. laryngeus superior an der motorischen Inner-

Digitized by Google

vation der Kehlkopfsmuskeln, hauptsächlich der Schliesser, theilnimmt, dass solches beim Menschen, entsprechend der bisherigen allgemeinen Annahme, nicht der Fall ist, oder doch wenigstens bei diesem Individuum nicht der Fall war, sowie: dass der, ausschliesslich vom Nerv. laryng. sup. versorgte, Musc. cricothyreoid. ant. durch die Recurrenslähmung in keiner Weise beeinträchtigt wurde, vielmehr Anregung zur Function empfing und diese auszuüben versuchte, wie durch Anlegen des Fingers erkannt werden konnte, ohne dass jedoch irgend eine Bewegung der Stimmbänder während des Lebens zu bemerken war. Der Cricothyreoid. ant. ist daher zur Spannung und Bewegung der Stimmbänder ohne Mithilfe der übrigen Muskeln ausser Stande.

Angefügt ist ein Fall von Schnittverletzung des Nerv. laryngeus sup., welcher beweisen soll, dass derselbe das Stimmband blos spannen könne, d. h. mit motorischen Fasern nur den Cricothyreoid. ant. versehe.

Heinze.

Larynxoedem nach Jodkaliumgebrauch. Von Dr. Rosenberg. (D. med. Wochenschr. No. 37, 1890.)

Mittheilung eines Falles dieser in der Literatur selten beschriebenen Affection. Nach 2 Esslöffeln einer 2½ proctgn. Jodkalilösung trat bei einem an „chronischer Laryngitis" bei gesunden Lungen leidenden 21jähr. Mädchen plötzlich hochgradige Athemnoth, bedingt durch oedematöse Schwellung der subglottischen Schleimhaut, auf, welche sich unter den hinteren Abschnitten der Stimmbänder weit über deren Ränder medianwärts vorgewölbt zeigte, so dass zwischen denselben kaum ein Raum von ½ Ctm. Breite blieb. Unter Anwendung von Eis und Ruhe war das Oedem am 5. Tage wieder verschwunden.

Heinze.

Congenitale polypöse Laryngitis. (Laryngite polypeuse congénitale.) Von Dr. C. M. Desvernine-Galdos. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 4, 1890.)

Besteht viel häufiger, als allgemein angenommen wird. Ihre Wichtigkeit ist klar; Causit und Burow haben die meisten Fälle zusammengestellt; auffallend ist, dass in einer Zeit, wo das Laryngoscop in der Mode ist, noch so viele Fälle übersehen werden und dass so viele Kinder der schliesslich doch nicht nothwendiger Weise zum Tode führen müssenden Krankheit erliegen. Verf. giebt die Geschichte von 16 früher beschriebenen Krankheitsfällen und fügt eine eigene Beobachtung nebst Abzeichnung hinzu.

Dr. P. K.

Laryngoscopische Selbstbehandlung. (Autotraitement laryngoscopique.) Von Dr. Georges Stoker. (Brit. med. Journal und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 4, 1890.)

Ein 30jähriger Kranker ist seit seinem siebenten Jahre aphon. Der wirkungslosen Behandlung müde, lernte er selbst die Laryngoscopie, diagnosticirte nun endlich auf sich selbst die polypoiden Vegetationen auf den Stimmbändern und zerstörte sich dieselben mittelst Chromsäure.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Laryngotomia intercricothyroidea. (Valeur comparée de la trachéotomie et de la laryngotomie intercricothyroidienne.) Von Dr. Charazac. (Revue de laryngologie No. 7.)

Verfasser, ein Anhänger der Laryngotomie, als der leichteren und schneller ausführbaren Operation, kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Bei allen acuten Larynxleiden, wenn keine Verengerung für die Zukunft zu fürchten ist, soll man die Laryngotomia intercricothyroidea ausführen. 2) Bei narbigen Larynxstricturen soll man die Tracheotomie ausführen, weil die Dilatation in der Folge leichter ist. 3) Beim primären inneren Larynxcarcinom soll man die Tracheotomie ausführen; bei primärem äusseren Larynxcarcinom und noch mehr bei secundärem Larynxcarcinom soll man die Laryngotomie ausführen. 4) Bei Larynxtuberculose soll man, je nach Ausdehnung der Veränderungen, entweder die Laryngotomie oder die Tracheotomie ausführen. Dr. P. K.

Totale Larynxexstirpation wegen Epithelioma. (Un cas d'extirpation totale du larynx pour un épithelioma. Guerison.) Von Dr. Gréville Macdonald und Dr. Charters Symonds. (Brit. med. Journal und Annales des maladies de l'oreille et du larynx.)

41jähriger Mann wurde wegen Epithelioma operirt, nachdem ein endolaryngealer Eingriff fruchtlos geblieben war. Heilung nach vier Wochen. Die Stimme wurde leidlich ohne künstlichen Kehlkopf. Nach vier Monaten noch kein Recidiv. Dr. P. K.

Rolle der Microben bei der Entwickelung und der spontanen Entfernung von drei grossen supraglottischen Polypen. (Role des microbes dans le développement et l'élimination spontanée de trois gros polypes susglottiques.) Von Dr. Boinet. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 11, 1890.)

Verf. kommt zu folgenden Endschlüssen: 1) Das spontane Ausfallen der Polypen ist eine seltene Thatsache 2) Das Nichtrecidiviren ist noch seltener. 3) Das microscopische Endresultat ergiebt die beiden seltenen Eigenschaften dieser 3 Fälle von Polypen. 4) Das myxomatöse Gewebe enthielt bis in seine tiefsten Schichten Micrococcen und kurze Stäbchen; diese Zertheilung der Microorganismen schliesst die Idee einer secundären Infiltration aus; diese Microorganismen scheinen eine gewisse Rolle in dem raschen Wachsthum und in der Vermehrung der supraglottischen Polypen zu spielen. 5) Diese Microben haben blos eine locale Einwirkung; obschon sie in den Blutgefässen dieser Neoplasmen enthalten sind, so bringen sie doch keine Allgemeininfection zu Stande; logischer Weise kann man also annehmen, dass diese Microben, welche sich grösstentheils in den Leucocyten befanden, durch die Phagocytose zerstört worden sind.

Diese drei supraglottischen Polypen enthielten also Microben, welche mit entgegengesetzten Eigenschaften behaftet waren: Die einen (Micrococcen und kurze Bacillen) scheinen an das Zustandekommen des myxomatösen Gewebes gebunden zu sein; die anderen (lange Bacillen) stehen der necrotischen Zerstörung vor, welche das Absterben und das spontane Entfernen dieser drei grossen Larynxpolypen zur Folge hatte.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Fremdkörper im Larynx. (Corps étranger du larynx.) Von Dr. Capart. (La clinique und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 4, 1890.)

Ein 11jähriges Kind verschluckte ein Knochenstück; Tracheotomie bald nachher. Extraction gelang erst am 32. Tage; der Knochen war 2 Ctm. lang und hatte gar keine Reactionserscheinungen hervorgerufen.
Dr. P. K.

Larynxcarcinom. Von Dr. Schaeffer. (D. med. Wochenschr. No. 28, 1891.)

Ausführliche Krankheits- und Operationsgeschichte eines durch mehrere Jahre hindurch beobachteten Falles von langsam sich entwickelndem Larynxcarcinom bei einem 50jähr. Manne.
Heinze.

Die im letzten Jahrzehnt zur Inhalation empfohlenen Medicamente. Von Dr. Engel. (D. med. Wochenschr. No. 38 u. 39, 1890.)

Zusammenstellung der gegen Lungenschwindsucht, Diphtherie und Keuchhusten insbesondere empfohlenen Antiseptica nebst Kritik ihrer Wirksamkeit.
Heinze.

INHALT.

I. Originalien: Freudenthal: Die Accumulatoren im Dienste der Medicin. — Hansberg: Erwiderung auf die Bemerkungen des Herrn Grünwald zu meinem Aufsatz „Heilung eines grossen „typischen" Nasenrachenpolypen". — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Braun: Die Erfolge der Trepanation bei dem otitischen Hirnabscess. — Brieger: Ueber die Einwirkung des Koch'schen Verfahrens auf Mittelohr-Affectionen. — Loewenberg: Der Einfluss des Geschlechtes auf überwiegendes Erkranken des rechten oder linken Ohres. — Loewenberg: Beitrag zur Behandlung des sclerotischen Mittelohrleidens. — Böke: Das Verhältniss der Ohrenheilkunde zu den anderen Zweigen der medicinischen Wissenschaft. — b) Rhinologische: Dana: Anatomie, Physiologie und Pathologie des Nervus olfactorius. — Zwillinger: Ueber cystopneumatische Entartung der mittleren Nasenmuschel. — Ruault: Einfache Methode, das oft wiederkehrende Nasenbluten zu bekämpfen. — Joal: Spirometrische Untersuchungen bei Nasenleiden. — Hahn: Ueber Tuberculose der Nasenschleimhaut. — Chénieux: Nasopharyngealpolyp, prophylactische Tracheotomie. — Plicques: Ueber Diagnose und Behandlung der bösartigen Geschwülste der Nasenhöhlen. — Hobbs: Gummata der Nasenhöhlen. — Wright: Nasenstein und Nasenzähne. — Schech: Diagnose und Therapie der Krankheiten der Nebenhöhlen der Nase. — Bride: Diagnose und Behandlung der Krankheiten der accessorischen Höhlen der Nase. — c) Pharyngo-laryngologische: Hartmann: Ein neuer Mund- und Kehlkopfspiegel. — Wagner: Die photographische Aufnahme des Kehlkopfs und der Mundhöhle. — Gleitsmann: Primäre Tuberculose des Mundes. — Bernhardt: Eine seltene Form von Neurose der Zunge und des Mundes. — Butlin: Drüsentumor der Zunge. — Laquer: Rachenkrebs. Pharyngotomia subhyoidea. — Lemaistre: Ueber eitrige Entzündung des die Mandeln umgebenden Bindegewebes. — Fuller: Gefährliche Blutung nach der Amygdalotomie. — Fowler: Primäres Mandelcarcinom. — Lemaistre: Lufthaltiger Halstumor. — Le Noir: Stimmbandgeschwüre während Influenza. — Landgraf: Laryngologische Mittheilungen. — Socin: Larynxcarcinom, theilweise Larynxexstirpation. — Garel und Dor: Ueber das laryngeale Corticalcentrum und über den intracraniellen Verlauf der von ihm entstammenden Fasern. — Livon: Innervation des Musculus cricothyroideus. — Neumann: Klinisches über die Innervation und den Muskelmechanismus des Kehlkopfs. — Rosenberg: Larynxoedem nach Jodkaliumgebrauch. — Desvernine-Galdos: Congenitale polypöse Laryngitis. — Stoker: Laryngoscopische Selbstbehandlung. — Charazac: Laryngotomia intercricothyroidea. — Macdonald und Symonds: Totale Larynxexstirpation wegen Epithelioma. — Boinet: Rolle der Microben bei der Entwickelung und der spontanen Entfernung von drei grossen supraglottischen Polypen. — Capart: Fremdkörper im Larynx. — Schaeffer: Larynxcarcinom. — Engel: Die im letzten Jahrzehnt zur Inhalation empfohlenen Medicamente.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Bescherner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER	**Dr. N. RÜDINGER**	**Dr. v. SCHRÖTTER**	**Dr. WEBER-LIEL**
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**	o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**	Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**	Professor der Ohrenheilkunde in **Bonn.**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXV. **Berlin, September 1891.** **No. 9.**

I. Originalien.

Ueber Resection des Septum narium.

Von

Dr. med. **Cholewa,** Ohrenarzt in Berlin.

Bei der Durchsicht der Literatur über die Difformitäten des Septum ist mir aufgefallen, dass eine sachgemässe Eintheilung und Nomenclatur dieser Materie sich unter den Fachgenossen bis jetzt nicht eingebürgert hat. Es mag dies daher rühren, dass die einzelnen Formen sich selten rein dem Auge des Beschauers darbieten, meist combinirt vorkommen und durch ihren Gesammteindruck nicht geeignet erscheinen, enge ätiologische Beziehungen unter sich zuzulassen. Sehen wir uns die einzelnen Difformitäten näher an, so werden wir unschwer drei Hauptcategorien unterscheiden können:

a. die Spinen, welche nach hinten oder vorn verlängert Cristen bilden. Sie finden sich an den Stellen, wo Knorpel als Kittmasse zwischen zwei Knochen oder zwischen Knorpel und Knochen des Septum gesetzt ist. Wir finden sie also vorzugsweise an der Vereinigungsstelle des Vomer und der Lamina perpendicularis des Siebbeins, aber auch an dem Falz, welchen die vereinigten Cristen des Oberkiefers für die Pars cartilaginea septi liefern. Diese Spinen und Cristen sind, wie Zuckerkandl gezeigt hat, als echte Ecchondrosen aufzufassen und persistiren als solche auch dann, wenn ihr Aeusseres mit dünnen Deckknochen belegt, grössere

Digitized by Google

Dimensionen angenommen hat. Wir werden sie am besten daher mit dem Namen der dorn- und kammförmigen Ecchondrosen bezeichnen.

Als zweite Hauptcategorie b. fallen uns die S-förmigen Krümmungen, die Scoliosen des Septum auf, welche ihre Entstehung, wie Schauss hervorhebt, Wachsthumsanomalien der Schädel- und Gesichtsknochen zu verdanken scheinen, Anomalien, wie sie nach vorzeitigen Synostosen angrenzender Schädelknochen häufig zur Beobachtung kommen.

Als dritte Hauptcategorie c. sind endlich die Knickungen des Septum zu nennen. Sie betreffen, wie bekannt, hauptsächlich den cartilaginösen Theil des Septum und müssen, da sie gewöhnlich direct traumatischen Ursprungs sind, als Luxationen oder besser Infractionen bezeichnet werden.

Mit diesen drei Hauptcategorien, den Ecchondrosen, Scoliosen und Infractionen, glaube ich allen Anforderungen, welche Aetiologie und Aussehen der Difformitäten des Septum an die Nomenclatur zu stellen berechtigt sind, Genüge geleistet zu haben. Nöthig ist nur, hierbei sich immer zu erinnern, dass 2 oder alle 3 Hauptformen in jedem einzelnen Falle combinirt vorkommen können, obwohl das ätiologische Moment in jedem Falle für jede einzelne der Formen ein verschiedenartiges (Trauma?) sein kann. Ich würde auf diese Eintheilung und das combinirte Auftreten der Difformitäten nicht solches Gewicht legen, wenn nicht gerade bei der Therapie der in dieser Arbeit in Frage kommenden Affection, ich meine die Infraction der Pars cartilaginea septi, die Combination mit kammartigen Ecchondrosen der hinterwärts gelegenen Knochenpartie von grosser, practischer Wichtigkeit wäre. In der grössten Mehrzahl der Fälle gestaltet sich die Difformität des Septum derartig, dass der cartilaginöse Theil weit in das Lumen der verengten Nasenseite vorspringt, sich so weit gerade nach hinten erstreckt, bis da, wo sich das cartilaginöse Septum an die Synostose der Lamina perpendicularis und des Vomer anlehnt. Hier entsteht eine zweite Knickung auf die Kante der ersten dadurch, dass die an die Infraction der knorpeligen Scheidewand sich anschliessende Crista, gemäss dem Verlauf der oben erwähnten Synostose, sich von unten vorn steil nach oben und hinten fortsetzt. Dieser Knickungsecke des Knorpel-Knochenwalles, d. h. also der Gesammtdeviation des Septum, ist der mittlere, meist nach aussen umgerollte und dadurch vorspringende Theil der mittleren Muschel gegenüber gelegen und schliesst dadurch häufig das Lumen des mittleren Nasenganges vollständig ab. Die Autoren haben diese Verengerung insofern gekennzeichnet, als sie dieselbe „Höhe der Difformität" benannten, über welche hinaus zu gehen, bei der Operation solcher Difformitäten, schwer, ja unmöglich wäre.

Gemäss letzterer Anschauung sehen wir auch, dass alle Methoden, von der Rupprecht'schen Zange angefangen bis zu den scheinbar höchst entwickelten anderer Autoren, sich damit begnügen, ein Stück des knorpeligen Septum zu entfernen, ohne von der dahinter liegenden Difformität des Knochens Notiz zu nehmen. Die Folge davon ist, dass jene Verengerung bleibt und bei etwas verschleppter Nachbehandlung Verwachsungen der mittleren Muschel mit dem immer noch vorspringenden Septum nicht zu den Seltenheiten gehören.

Der Erste, der diesem Verhalten näher getreten ist und dasselbe bei der von ihm empfohlenen Resectionsmethode des Septum berücksichtigt

Digitized by Google

hat, war Dr. Krieg (Stuttgart) im Jahre 1886. Er empfahl in einer Arbeit (enthalten in Band LVI, 1886, No. 26 und 27 des Medicinischen Correspondenzblattes des württemberg. ärztl. Vereins), die merkwürdiger Weise in keinem der jetzt üblichen Lehrbücher erwähnt, von den meisten Autoren auf diesem Gebiet persönlich kaum gelesen zu sein scheint, er empfahl das Involucrum des eingezogenen Theiles des Septum mit Elevatorien abzuhebeln, nicht allein, um eine Perforation des Septum hierdurch zu vermeiden, sondern auch die Resection selbst ausgiebiger zu machen. Ob ihm letzteres durch die von ihm angegebene Methode vollständig gelingt, wage ich nicht zu entscheiden, glaube aber, dass dieses wohl möglich ist, wenn man seine Methode etwas modificirt.

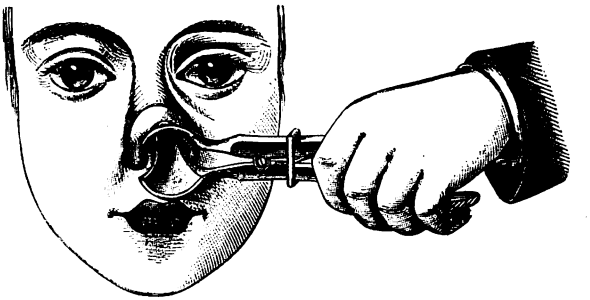
Ohne übrigens von jener Arbeit Krieg's irgend welche Kenntniss gehabt zu haben, war von mir seit Jahr und Tag in meiner Poliklinik eine Methode angewandt worden, die mit der von Krieg empfohlenen sich deckt, bei der ich aber statt des Messers Meissel und Hammer anwandte. Den Gebrauch jenes Meissels erlaubte ich mir in der Sitzung der hiesigen laryngologischen Gesellschaft am 24. April 1891 den Collegen zu demonstriren, und dort war es, wo mich der auf diesem Gebiete so ausserordentlich erfahrene College Dr. P. Heymann aufmerksam machte, dass Krieg schon im Jahre 1886 eine ähnliche Methode veröffentlicht habe Durch die Güte desselben Herrn Collegen, dem ich hierfür zu bleibendem Danke verpflichtet bin, ist es mir ermöglicht worden, Einsicht in die Arbeiten Krieg's zu nehmen.

Ich glaube nun, ohne mich eines Plagiats schuldig zu machen, den Interessen der mit der Chirurgie der Nase sich beschäftigenden Collegen zu dienen, wenn ich meine Methode hier schildere und die hierfür verwandten Instrumente in Abbildungen vorführe.

Als Operationsobject soll ein Fall dienen, wo der cartilaginöse Theil des Septum derartig nach links fracturirt resp. luxirt ist, dass der untere Abschnitt dieses Septumtheils rechtwinklig von der Crista des Oberkiefers abspringt und parallel mit dem Nasenboden verläuft, ja ihn fast berührt. Die Kante der Knickung streift die laterale Nasenwand so, dass von der unteren Grenze der unteren Muschel so gut wie nichts zu sehen ist, dieselbe verbirgt sich vollständig unter dem vorspringenden Septum. Der obere Theil der Pars cartilaginea geht sanft aufsteigend von dieser Kante bis zum knöchernen Theil der Nasenscheidewand, dem Vereinigungspunkt von Vomer und Lamina perpendicularis. Dort findet sich eine zweite Knickung, veranlasst durch die oben erwähnte Crista des knöchernen Septumtheils, welche sich indess nicht bis zu den Choanen erstreckt, sondern nur die Hälfte dieses Raumes einnimmt. Die Raumverhältnisse der verengten Nasenhälfte sind nun derartige, dass weder Catheter noch Nasensonde durch den unteren oder mittleren Nasengang eingeführt werden können, obwohl die Durchgängigkeit für Luft weniger behindert erscheint. Das Involucrum der weiten Nasenhälfte ist nicht extrem in die Knickung des Septum einbezogen, haftet aber nichtsdestoweniger, wie sich bei der nachfolgenden Operation herausstellt, so fest an seiner Unterlage, dass ohne weitgehende Zerstörung dieses Integumentes von einer genügenden Entfernung des deviirten Theiles des Septum kaum die Rede ist. Nach Desinfection und gehöriger Cocainisirung des Operationsfeldes führe ich meinen Nasenspiegel (siehe Figur I) so in die Nase ein,

Digitized by Google

dass seine Branchen nach oben und unten zu liegen kommen, und stelle dieselben vermittelst des Sperrrahmen fest. Ein Gehilfe steht hinter dem Pat.

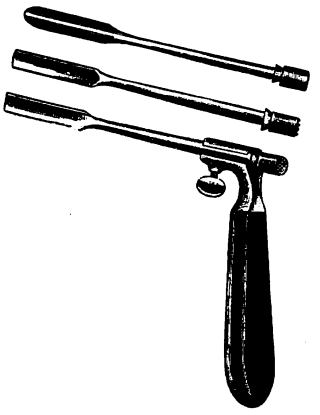


Figur I.

und hält mit einer Hand die Griffe des Speculum seitlich fest, während er mit der anderen den Kopf des Patienten fixirt. Der Operateur hat auf diese Weise beide Hände für die Operation frei und kann, die Benutzung des Stirnreflectors vorausgesetzt, das ganze Operationsfeld genügend übersehen. Es wird nun per Galvanocauter ein Strich scharf von der „Höhe" der Verbiegung parallel mit dem Nasenrücken nach vorn und unten gezogen, hier, 1 Ctm. von dem Septum mobile wendet sich die Fortsetzung des Strichs stumpfwinklig zur Basis des Lappens. Krieg ist insofern ähnlich verfahren, als er den letzten Strich per Galvanocauter zu machen empfahl, um jene Blutungen, welche wir oft spontan von den am Septum cartilagineum emporklimmenden Arterien-Zweigen entstehen sehen, bei der Operation zu vermeiden. Jetzt wird der Meissel (Hohl- oder Flach-Meissel) halb nach rechts mit seiner Schneide gewendet, im Griff befestigt und vorn, von der Ecke der Galvanocauterfurche die obere Knorpellamelle des deviirten Septum bis zur „Höhe" desselben mit 1/3 Meisselbreite eingeritzt. Es geschieht dies durch einige Schläge vermittelst eines kleinen Hammers auf das hintere Ende des Meissels, der, ähnlich unsern Steinbohrern, an diesem Ende eine Verdickung trägt, welche ihn am Vorrutschen durch die Oese des Griffes hindert. Die seitliche Stellung des Meissels im Griff ist durch eine Schraube gesichert, die sich unterhalb des vorderen Endes der Oese befindet und mit deren Hilfe der Meissel in jeder beliebigen Stellung sowohl für die rechte wie die linke Seite der Nase festgehalten werden kann. Der Griff selbst führt auf der linken Seite seiner Oese einen Schlitz, durch den die betreffenden Instrumente, nach vorheriger Desinfection, eingeschoben und in jede gewünschte Stellung gebracht werden können (siehe Figur II).

Dieses Arbeiten mit dem Hammer sichert eine ausserordentliche Genauigkeit der Führung des Meissels und können wir auf diese Weise nicht nur die Höhe der Deviation erreichen, sondern dieselbe über schreiten, was bei dem Gebrauch eines Messers kaum möglich ist. Zur Durchtrennung der Knorpellamelle, welche dem vorderen zur Basis füh-

Digitized by Google



Figur II.

renden Theile der Galvanocauterfurche entspricht, bediene ich mich allerdings aus Bequemlichkeitsrücksichten lieber des Messers. Ohne sich nun um die umschnittene Schleimhaut weiter zu kümmern, wird vorn in die Ecke des Knorpelschnittes das Elevatorium, welches ebenfalls in der Oese des Meisselgriffes befestigt wird, eingesetzt und die Knorpelplatte langsam von dem Involucrum der weiten Nasenhälfte bis zum Vomer und darüber hinaus abgehebelt. Es muss dies sehr vorsichtig unter Controlle eines zweiten Nasenspeculums oder, wie Krieg räth, durch einen in dies zweite Nasenloch eingeführten Finger der linken Hand geschehen. Die auf diese Weise fast senkrecht gestellte Platte des Septum wird nun durch ein paar Meisselschläge von ihrer Verbindung hinten mit dem Vomer vollends gelöst, wobei zugleich die sich hinterwärts anschliessende Crista dieses Knochens mit abgeschlagen wird. Es bleibt nun nur noch übrig, den Theil der Deviation zu entfernen, welcher mehr oder weniger rechtwinklig von der Crista des Oberkiefers abspringt. Auch hierzu brauche ich den Meissel, indem ich die Schneide desselben entweder horizontal oder vertical einstelle. Im ersteren Falle trenne ich direct den Knorpel von seinem knöchernen Falz, im zweiten durchschlage ich den Knorpel allein, in beiden Fällen führe ich diesen unteren Schnitt bis zur Vereinigung mit dem oberen, im knöchernen Theil des Septum gelegenen, durch. Hierauf ist es in den meisten Fällen nicht schwer, das betreffende losgelöste Stück des Septum, d. h. die ganze Deviation, mit einer Kornzange zu entfernen, und werden etwaige restirende Knochenvorsprünge, z. B. vorn am Falz des Oberkiefers oder hinten am Vomer, am besten erst nach einigen Tagen durch eine kleine Nachoperation entfernt.

Der Unterschied zwischen meiner Operationsmethode und der von Krieg vorgeschlagenen besteht also darin, dass ich nicht allein die Deviation der Knorpelplatte, sondern auch die Deviation der daran schliessenden Knochenlamelle zu beseitigen suche und mich zu diesem Zweck eines Meissels und Hammers bediene. Wenn ich oben bemerkte, dass Krieg die Abhebelung des Involucrums der weiten Seite besonders deshalb empfahl um einer Perforation des Septum nach dieser Seite hin vorzubeugen, so würde dieses nicht allein der Correctheit rhinochirurgischen Operirens entsprechen, sondern auch von hervorragender practischer Bedeutung sein. Es wird in manchen Fällen nämlich, wie dies auch Krieg zugiebt, trotz aller Sorgfalt eine Perforation geschaffen und wenn man nach beendeter Operation einige Jodoformbäusche eingelegt, um die etwa noch vorhandene Blutung zu stillen und dann den Patienten so verbunden zu entlassen, wundert man sich, dass jene nicht sistirt.

Digitized by Google

Man greift zur Watte und tamponirt; aber zwischen den vorderen Enden der Tampons sickert das Blut stetig tropfenweise weiter hervor. Der Operirte wird durch Cocainwirkung und Blutverlust zu Ohnmachten und Collaps geneigt, so dass die Situation schliesslich recht unerquicklich werden kann.

Woher kommt es, dass in solchen Fällen die Blutung so schwer steht? Woher kommt es, dass in solchen Fällen auch die postique Tamponade mit dem Belloque'schen Röhrchen nicht viel Nutzen schafft?

Vergegenwärtigen wir uns die Situation, so ist das, was die Tampons seitlich am Septum stützt und ihnen den gewünschten Halt giebt, entfernt. Gerade an der Stelle, wo die aufsteigenden Arterienäste das Septum cartilagineum kreuzen, ist eine Lücke, und nicht blos auf einer Seite des Septum, sondern auf beiden. Wir werden also durch unsere Tamponade nur erzielen, dass die Tampons sich in der Lücke des Septums berühren, aber die durch sie bezweckte Pression ist nicht genug, um die Blutung endgiltig zu stillen. Die vorher unternommene Furchung mit dem Galvanocauter kann zwar dieses missliche Ereigniss beschränken, aber ganz vorbeugen kann sie ihm nicht, da das Involucrum der weiten Seite aus naheliegenden Gründen nicht mit in die galvanocaustische Aetzung einbezogen wurde.

Zum Schlusse möchte ich noch bemerken, dass der von mir construirte Meissel auch für die Entfernung von jenen dorn- und kammartigen Echondrosen, die Anfangs dieser Arbeit erwähnt, von grossem Nutzen ist. Es ist eben ein ander Ding, ob man beide Hände frei hat, oder die eine durch das Halten des Speculum ein für alle Mal gefesselt ist.

Mein Nasenspeculum sowohl, wie der Meissel werden von Herrn Instrumentenmacher Pfau, Berlin, Dorotheenstrasse No. 67, verfertigt und sind daselbst immer zu sehr civilen Preisen vorräthig.

Seltenere Neurosen und Reflexneurosen des Ohres, der Nase und des Rachens.

Von

Dr. **E. Baumgarten** in Budapest.

Von einer Anzahl von Beobachtungen habe ich hier einige deshalb ausgesucht, da sie nicht nur in einigen Punkten von den ähnlichen Beobachtungen anderer Autoren und von den meinigen abweichen, sondern deshalb auch, weil sie, ganz eigenthümliche Symptome zeigend, ganz anders gedeutet werden müssen. Das Gemeinsame aller dieser Neurosen und Reflexneurosen ist unbedingt die nervöse Disposition, sie kann eine allgemeine sein oder nur eine locale, und nehmen wir dann zur Erklärung die Neurasthenie oder die locale Hyperaesthesie zur Hilfe; denn sonst können wir uns bei den oft nur scheinbaren localen Veränderungen die ganz eigenthümlichen Symptome, die daselbst oder gar in entfernten Organen sich abspielen, nicht gut deuten.

Digitized by Google

Hack hat schon auf die rothe Nase, als auf eine vasodilatatorische Reflexneurose, aufmerksam gemacht. Die äussere Nase ist nicht nur roth und gedunsen durch die directe Gefässstauung, sondern auch reflectorisch durch Hyperaesthesie der Nasenschleimhaut. Dieser Vorgang kann auch bei der Ohrmuschel vorkommen, wie dies der folgende Fall annehmen lässt. Bisher hat allerdings nur Hack auch eine ähnliche Beobachtung gemacht, ohne den Zusammenhang näher erklärt zu haben.

Herr R., 45 Jahre alt, war früher gesund, hatte aber vor einem Jahre Haematemesis, erholte sich bald darauf, doch ist er seither sehr sensibel. Seit zwei Tagen ist die linke Ohrmuschel und der Anfang des äusseren Gehörganges geschwollen, stark roth, glühend, besonders der Helix, am wenigsten das Ohrläppchen, und könnte man fast an Erysipel denken. Da Patient Oeconom ist, dachte ich erst an einen Insectenstich, doch als nach 3 Tagen die Erscheinungen schwanden und nach kurzer Zeit wiederkehrten, war dies auszuschliessen. Im Winter bekam Patient die Influenza, der dabei aufgetretene Schnupfen will lange nicht weichen. Als ich nun Patienten untersuchte, finde ich mehrere Polypen in der linken Nasenseite, dieselben entfernte ich und heilte dadurch nicht nur den Schnupfen, sondern auch die Erscheinungen an der Ohrmuschel, die bisher einigemal wiederkehrten. Ich glaube, dass bei diesem nervösen Patienten durch sympathische Fasern der Nerv. auric. magn. des Cervicalgeflechtes reflectorisch vom Trigeminus aus durch die Nasenpolypen erregt wurde und diese vasodilatatorische Wirkung erzeugt wurde. Der Zusammenhang ist in diesem Falle nicht von der Hand zu weisen.

Eine ziemlich häufige Neurose der Nase ist hier in Budapest der nervöse Schnupfen, die Rhinitis vasosecretoria. Ich habe im Verlaufe der letzten Jahre mehrfache Formen behandelt und werde die diesbezüglichen Resultate seinerzeit mittheilen, will aber jetzt, bevor ich den folgenden Fall mittheile, nur auf einige Bemerkungen mich beschränken. Fast alle Patienten machen die Angabe, die auch von vielen Aerzten bestätigt wird, aber mit unserer Anschauung in directestem Widerspruche steht, dass sie endlich den Rath des Specialisten deshalb aufsuchen, da in letzter Zeit der Schnupfen sie ganz nervös mache, während er bisher sie nur belästigte. Die Erklärung, dass ihre Nervosität Ursache dieser Verschlimmerung sei, und dass der Schnupfen jetzt deshalb lästiger sei, weil jene gesteigert ist, begegnet noch so manchem Kopfschütteln. Eine solche Steigerung kann auch Vorbote einer acuten Erkrankung sein. Ich habe eine Dame wegen ihres heftiger gewordenen Schnupfens kaum angefangen zu behandeln, als wenige Tage darauf der Typhus sie verhinderte, die Behandlung fortzusetzen.

Der folgende Fall zeigte interessante Complicationen und ist sehr lehrreich. Frau B., sehr nervöse 50jährige Dame, leidet schon längere Zeit an periodisch wiederkehrender, reiner nervöser Rhinitis. Sie braucht bei Schnupfenanfällen täglich 14—16 Taschentücher, die gleich ganz nass werden und dabei rein bleiben. Im Winter ist der Zustand auf der Strasse am besten, im stark geheizten Zimmer oder im Sommer an sehr heissen Tagen tritt der Anfall gleich ein. Dieser Zustand hätte sie nicht zu mir geführt, da sie sich damit schon abgefunden hat, doch seit zwei Tagen, nachdem sie viel Aufregendes durchgemacht hat, sind nebenbei

Digitized by Google

rasende Schmerzen aufgetreten und dabei fliesst die Nase in ganz ungewohnter Weise, besonders die linke Seite. Patientin kann sich aber nur mit der grössten Vorsicht die Nase abwischen, da selbst ohne Berührung die rasendsten Schmerzen in der Gegend der linken Augenbraue, im linken Auge, im linken Nasenflügel und in der linken Wange bis zum Jochbeine bestehen. Die ganze Gegend war in der Mittellinie und nach oben, unten und aussen scharf begrenzt, leicht geschwollen, geröthet, wärmer und feuchter. Der Schmerz ist ein fortwährender, die Berührung, selbst die leiseste, kaum auszuhalten, besonders an der Austrittsstelle des zweiten Trigeminusastes, dabei thränt auch das Auge, und hat Patientin das Gefühl, als ob es heraustreten wollte. Antipyrin hatte keine Erleichterung verschafft. Das Einführen des Nasenspeculums wird vertragen, und finde ich bei der Untersuchung nichts Abnormes, ja selbst die unteren und mittleren Nasenmuscheln, die bei dieser Rhinitis oft sehr zart und hellroth zu sein pflegen, sind besonders links mehr grau und leicht geschwollen. Ich pinselte die Nasenmuscheln und den ganzen mittleren Nasengang mit Cocain und blies durch ein Hartmann'sches Röhrchen in die jetzt leicht zugängliche linke Stirnbein- und Kieferhöhle Kampheräther-dämpfe ein. Nachdem ich auch die schmerzhafte Parthie äusserlich leicht faradisirte, konnte ich danach leicht berühren und langsam massiren, worauf sofort bedeutende Erleichterung auftrat. Den anderen Tag die Erscheinungen geringer, Behandlung dieselbe, konnte aber schon fester massiren, und kann Patientin schon sich selbst berühren. Nach drei Tagen waren die Nasenmuscheln abgeschwollen, wurden später auch gebrannt; die Schmerzen waren gewichen, nur die Druckpunkte des ersten und zweiten linken Trigeminusastes noch empfindlich, die äussere Haut hat wieder ihr normales Aussehen, der Nasenfluss auch geringer. In diesem Falle bestand die Neurose als Rhinitis vasosecretoria und reflectorisch als vasodilatatorische und neuralgische Form. Eine grosse Erleichterung hatte die jedesmalige Einblasung der Dämpfe in die Nebenhöhle sogleich zur Folge, und glaube ich dies so zu erklären, dass, nachdem auch die Schleimhaut dieser Höhlen geschwellt war, durch die bei der Einblasung erzeugte Kälte Contraction der Gefässe in der Höhle, und durch aufgehobene Stauung auch der der äusseren Haut eingetreten ist.

Der folgende Fall dürfte auch als sehr selten und interessant bezeichnet werden.

Herr N., 39 Jahre alt, klagt über Verlegtsein des linken Ohres. Er bemerkt dies seit zwei Tagen, ohne dabei Beschwerden gehabt zu haben. Rechtes Ohr normal. Linkes Ohr Taschenuhr 15 Ctm., Flüstersprache 2 Mtr., laute Sprache normal, Rinne +, Trommelfelle nicht eingezogen, trüb, fast reactionslos. Linker Nasengang durch Deviation und Spina des Septums gänzlich verlegt, beim Catheterismus von rechts aus feuchtes Rasseln, gleich nachher Gehör viel besser, Ohr frei. Nach vier Tagen Befund normal, nach sechs Wochen plötzlich wieder Verlegtsein des linken Ohres bei Abwesenheit fast jeder Reaction. Was mir auffiel, war, dass, während die linke Gesichtshälfte mit zahlreichen grossen Schweissperlen bedeckt war, die rechte Seite ganz trocken blieb. Eigentlich fiel mir das fortwährende einseitige Wischen des Gesichtes auf, das factisch fortwährend geschehen musste, da in der nächsten Secunde alles

Digitized by Google

wieder mit Schweiss bedeckt war. Auf meine diesbezügliche Anfrage theilt mir Patient mit, dass er dies schon seit einem Jahre merke, und zeigte mir, dass, während das Hemd, ja selbst der Rock in der linken Achselhöhle ganz nass war, rechterseits ganz trocken geblieben ist. Diese Erscheinung war auf der ganzen linken Körperhälfte vorhanden. Ich trug nun kein Bedenken, die Secretion, die sich im Mittelohre fand, wieder ohne Schmerzen und Reaction erfolgte, als direct abhängig von der linksseitigen Hyperhydrose aufzufassen und als vasosecretorische Otitis media zu bezeichnen.

In letzter Zeit hatte ich Gelegenheit, einen Collegen zu untersuchen, der seit vielen Jahren im rechten Ohre Geräusche hört. Das Hörvermögen hat auf dieser Seite für Uhr und Flüstersprache etwas abgenommen, das Trommelfell ist normal. Als ich mit den Stimmgabeln untersuche und eine tiefe vor dem rechten Ohre tönen lasse, zuckte der Patient nach hinten, das heisst, es zog ihm den Kopf nach rechts und rückwärts, ohne dabei ein schmerzliches Gefühl im Ohre zu haben. Die Zuckung erfolgte regelmässig mit der tiefen Stimmgabel, niemals mit einer hohen; trotzdem Patient sich zusammennahm und wir mehrmals den Versuch machten, konnte er diese reflectorische Zuckung des Cucullaris nicht unterdrücken. Die Hyperaesthesie des Acusticus hatte in diesem Falle durch die Erregung einen spastischen Reflex zur Folge. Der Herr College ist ein etwas nervöseres Individuum.

Eine ganz eigenthümliche Reflexneurose, die in letzter Zeit von Joal beschrieben wurde, will ich hier noch erwähnen, obwohl diese von der Zunge ausgelöst wurde. Der Fall betraf einen Honved-Regimentsarzt, welcher über Brennen im Halse klagte. Er hatte das Gefühl, als ob der Hals mit Paprika oder Pfeffer bestäubt wäre, dabei fühlt er einen Krampf im Schlunde, besonders beim Beginne des Essens, so dass der Bissen ihm im Halse stecken bleibt. Er hatte sich sogar mit der Schlundsonde untersucht, da er schon an Oesophaguscarcinom dachte. Gurgelungen und Pinselungen hatten keinen Erfolg. Der Rachen stark geröthet, mehrere grosse Granula sichtbar, die ich galvanocaustisch brannte, ohne damit etwas zu erleichtern. Endlich sah ich eine grosse Papilla circumvallata, deren Berührung als Sitz des Uebels bezeichnet wird. Schon die zweite Aetzung brachte Schwinden aller Symptome herbei, und Patient, der sonst sehr guten Appetit hatte, konnte wieder ungestört diesem Vergnügen huldigen. In den benannten Fällen wurde der Oesophagospasmus reflectorisch von der Nase oder von den Granulis im Pharynx ausgelöst, in diesem Falle waren die Granula nur die Verbindung, die entzündete Papille der Erreger des spastischen Reflexes.

Digitized by Google

Ein Celluloid-Ohrtrichter.

In neuerer Zeit wird das Celluloid zur Herstellung verschiedener in der Medicin gebräuchlicher Instrumente mit grossem Vortheile verwendet. Ich habe nun auch Ohrtrichter aus jener Masse anfertigen lassen. Bis jetzt sind bekanntlich solche Apparate aus Hartkautschuk und Metall bei den Ohrenärzten in Gebrauch. Die ersteren führte Prof. Politzer in die Praxis ein. Mit Recht rühmt dieser Autor die grössere Leichtigkeit, wodurch sie ohne Stütze im Gehörgange weit besser, als die schweren metallenen in der gegebenen Stellung verharren und auch nicht das unangenehme Kältegefühl der polirten Metalltrichter veranlassen. Diese erwähnten Vorzüge haben in noch höherem Grade die Celluloid-Trichter, ausserdem wird durch Reflexion des Lichtes von der polirten Innenfläche die Helligkeit des Bildes wie bei den Metallspiegeln verstärkt. Was das Gewicht der seit einiger Zeit von mir gebrauchten Celluloidtrichter betrifft, so ist bei einem Satze von 4 Stück dasselbe folgendes: No. 1 = 1,2 Grm., No. 2 = 0,8 Grm., No. 3 = 0,6 Grm., No. 4 = 0,5 Grm., während No. 1 der Metalltrichter von Erhard = 8,8 Grm., der entsprechende von Politzer = 1,5 Grm. wiegt.

Diese grosse Leichtigkeit ist bei schmerzhaften Ohren während der Untersuchung nicht zu unterschätzen, wie auch die höhere Temperatur, welche sie im geheizten Zimmer annehmen, das Einführen des Instruments dem Patienten weniger lästig ist, als bei den Metalltrichtern. Weitere gute Eigenschaften sind die geringe Zerbrechlichkeit beim Fallen auf die Erde, und dass der Stoff dieser Trichter von Säuren und Aetzmitteln nicht angegriffen wird; nur ist bei galvanocaustischen Operationen im Ohr grosse Vorsicht nöthig, da Celluloid sich leicht entzündet.

Da die Form der Trichter die Untersuchung wenig beeinträchtigt, so habe ich diejenige gewählt, welche am besten zu bilden war, und erhielt so die Posaunenform.

Was endlich die Farbe angeht, so habe ich vorläufig hellrosafarbige in Gebrauch, werde aber auch milchblaue anfertigen lassen, um dem durch künstliches Licht beleuchteten Gehörgange und Trommelfell mehr die Farbe zu geben, welche der Erhellung durch Sonnenlicht entspricht.

Die Fabrik von B. B. Cassel in Frankfurt a. M. hat die Trichter sehr hübsch verfertigt und liefert einen Satz von 4 Stück zu dem Preise von 3 Mk. 50 Pf., in einem eleganten Etui, gleichfalls aus Celluloid, zu 4 Mk. 75 Pf.

NB. Ich habe Herrn Cassel einen Auftrag gegeben, auch Ohr-Catheter aus Celluloid anzufertigen.

Coblenz, 9. März 1890. Dr. Bloebaum.

Digitized by Google

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Ueber Amboscaries und Ambosextraction, ein Beitrag zur Aetiologie und Therapie der chronischen Mittelohreiterung. Von Dr. Ludewig. (Archiv f. Ohrenheilk., Bd. XXIX, Heft 4.)

Da sehr oft auch nach der Hammerexcision, die wegen Caries dieses Knöchelchens ausgeführt wurde, die Mittelohreiterung persistirt, hat L. in der Ueberlegung, dass nach Extraction des Hammers dem Ambos eine functionelle Bedeutung nicht mehr zukommt, seine Entfernung dem Patienten demnach auf keinen Fall in seinem Hörvermögen schaden kann, und in Würdigung der mehrfach gemachten Erfahrung, dass nach der Hammerexcision während der Nachbehandlung der cariöse Ambos durch die Spritze entleert wurde, jeder Hammerexcision auch die Extraction des Amboses folgen lassen. Die Technik dieser letzteren ist noch wenig ausgebildet. Bekanntlich wird vor der Entfernung des Hammers das Ambos-Steigbügelgelenk durchtrennt; nach der Excision des Hammers ist der Ambos nur mehr am kurzen Schenkel, und zwar mit dem Boden des Antrum mastoideum verbunden. Um ihn herauszuholen, wurden hakenförmige Instrumente benutzt, wie sie von Kretschmann, Ferrer angegeben wurden; schliesslich construirte sich L. selbst einen Haken dazu, der, vom Schafte rechtwinkelig abbiegend, in seiner Länge 5 Mm., in der Breite 2 Mm. misst, ohne jedoch von der Verlässlichkeit dieses Instrumentes für alle Fälle befriedigt zu sein. Mit allen diesen Haken wird in den oberen Trommelhöhlenraum eingegangen, um die genannte Verbindung zu lösen und den Ambos so zu dislociren, dass er im Gesichtsfelde erscheine resp. in die Paukenhöhle falle; dann kann man ihn leicht mit der Kniepincette entfernen. Im Zeitraum eines halben Jahres hat nun L. 32 Ambosextractionen bei chronischen Mittelohreiterungen im Anschlusse an die Hammerexcision ausgeführt.

Der Ambos war allein cariös in 11 Fällen = 34 pCt., cariös bei gleichzeitiger Hammercaries in 16 Fällen = 50 pCt., demnach überhaupt cariös in 27 Fällen = 84 pCt.

In zwei Fällen war der Ambos gesund, ein Mal bei gesundem, ein Mal bei cariösem Hammer; in 3 Fällen konnte der Ambos nicht entfernt werden.

Die Operationen waren März bis August 1889 ausgeführt; die Arbeit Ludewig's erschien Mitte December 1889. Bis dahin waren und blieben geheilt: 20 Fälle, ungeheilt resp. in Behandlung: 11 Fälle, gestorben war: 1 Pat., jedoch nicht in Folge der Operation.

Die Hörweite verblieb unverändert in 9 Fällen, wurde wesentlich gebessert in 15 Fällen, wurde unwesentlich gebessert in 6 Fällen und verschlimmerte sich in 2 Fällen.

Ganz ungefährlich ist die Ambosextraction nicht, da hierbei Verletzungen des Canalis Fallopiae mit nachfolgender Parese und Paralyse der Nervi faciales, sowie Verletzungen der Steigbügelverbindung in der Fenestra ovalis (vielleicht auch des horizontalen Bogenganges. Ref.) vorkommen können. Gomperz.

Digitized by Google

Knöcherne Ankylosis des Steigbügels (trockener Mittelohrcatarrh). Von Dr. L. Katz, Berlin. Vorgetragen im Verein für innere Medicin zu Berlin. (Deutsche med. Wochenschrift No. 40, 1890.)

Verfasser demonstrirt einige microscopische Präparate, die von einer 39 Jahre alten Frau stammten, welche an einem Herzfehler und an einer Nierenentzündung starb und 4 Wochen vor dem Tode vom Verfasser otiatrisch untersucht wurde, wobei die Diagnose „trockener Mittelohrcatarrh mit wahrscheinlicher Fixation des Steigbügels" gestellt wurde. Die Schwerhörigkeit war bereits vor 13 Jahren, zwar nur in schwächerem Maasse, vorhanden, hat dann progressiv zugenommen und hatte auch ein dem Rauschen des Wassers ähnliches Sausen bestanden; der Vater ist erheblich schwerhörig, die Geschwister angeblich normalhörend; Syphilis wurde ausgeschlossen.

Nach Verfasser's Untersuchungen handelte es sich in diesem Falle um eine primäre, selbstständige Entzündung an der Verbindung des Steigbügels mit dem Vorhof, um eine Arthritis auf rheumatischer Grundlage. Die Fussplatte des Steigbügels war auf das Vierfache verdickt, sie bildete mit dem benachbarten Knochen des ovalen Fensters und dem Ringbande eine einzige Masse, in welcher nur sehr geringe Spuren des früheren Gelenkes zu entdecken waren; in dieser Masse waren reichliche neugebildete Markräume, osteoide Substanz und nach innen und aussen von der Platte des Steigbügels eine Verdickung des Periostes zu constatiren. Die Schnecke zeigte nichts Pathologisches, das Corti'sche Organ war intact, die übrigen Gelenke der Gehörknöchelchen, wie auch die Binnenmuskeln waren frei von Erkrankung, im Uebrigen aber bestand die Affection auf beiden Seiten in gleicher Weise.

Bezüglich der Therapie kann Verfasser den chirurgischen Eingriff nicht befürworten, da nach seinen in Gemeinschaft mit Gad angestellten Versuchen, betreffend die Herausnahme des Steigbügels beim Hunde, derselbe wie Glas abbricht; nimmt man die Operation brüsk vor, so luxirt man den Steigbügel leicht in den Vorhof und bekommt ihn nachher nicht heraus. — Von den internen Mitteln gegen die subjectiven Geräusche hat Verfasser die besten Erfolge von grossen Dosen Bromkali gesehen; auch befürwortet er die Anwendung von Luftverdünnung und glaubt schliesslich, dass die antirheumatischen Mittel, besonders das salicylsaure Natron und das Antipyrin, in der ersten Zeit durchaus empfehlenswerth wären. Szenes.

Otitis externa haemorrhagica bullosa. Von Dr. F. Rohrer, Zürich. (Archivos internacionales de laringologia, otologia y rinologia No. 1, 1890.)

Der Fall betrifft einen 60jährigen Kranken, bei welchem rechterseits Schmerzen und Brausen, ferner Schwindel, Appetitlosigkeit und Schlaflosigkeit aufgetreten waren, zu denen sich am zweiten Tage psychische Reizungen hinzugesellten. Rechts bestand auf Tragusdruck Empfindlichkeit. An der unteren Wand des betreffenden Gekörganges war blutiges Secret, in der Tiefe aber zwei röthlich-blaue, erbsengrosse Blasen zu finden, von denen eine an der vorderen unteren, die andere an der hinteren oberen Wand gesessen war. Die Blasen wurden eröffnet,

Digitized by Google

eine 10procentige Cocaïnlösung instillirt, der Gehörgang mit einer 3procentigen Borsäurelösung ausgespritzt, mit Watte ausgetrocknet und hierauf Jodoform eingeblasen. Die vollkommene Heilung erfolgte ohne Recidive in wenigen Tagen. Szenes.

Aristol, ein neues Antisepticum. Von Dr. F. Rohrer, Zürich. (Archivos internacionales de laringologia, otologia etc. No. 2, pag. 41—44, 1890.)

Veranlasst durch die günstigen Resultate, die Unna[1]) mit Aristol als Antisepticum in der dermatologischen Praxis erzielte, versuchte Verfasser dasselbe auch in die ohrenärztliche Praxis einzuführen. Er wendete dasselbe in Fällen von acuter Mittelohrentzündung mit spontaner Perforation oder aber nach der Paracentese an, ferner bei chronischen Otorrhoeen, selbst bei bestehender oberflächlicher Caries der inneren Wand der Trommelhöhle oder bei Complicationen mit polypösen Excrescenzen im Gehörgange oder mit periostitischer Affection des Warzenfortsatzes, ebenso auch bei Fällen von circumscripter und diffuser Otitis externa, einmal sogar bei Dermatitis mycotica des äusseren Gehörganges. In mehr als 20 Fällen wurde das genannte Mittel in ähnlicher Weise wie die Borsäure stets nach vorheriger sorgfältiger Reinigung und Austrocknung, in den Gehörgang insufflirt und fand Verfasser, dass dasselbe die guten Eigenschaften der Borsäure, des Jodoforms und Jodols bedeutend überragt. Nie zeigten sich, nicht einmal die geringsten Spuren einer Jodintoxication, selbst bei gleichzeitiger Anwendung in der Nase, in dem Rachen oder Kehlkopf.

Seit Jahren bestandene foetide Otorrhoeen nahmen auf Aristolbehandlung rapid ab, in einigen Tagen wurde das Secret zu einer zähen Flüssigkeit, um nach kurzer Zeit gänzlich zu sistiren, und auch die Perforation war nicht mehr zu sehen. Besonders hebt Verfasser hervor, dass Fälle, die sonst auf Borsäure, Jodoform oder Jodol langsam zu heilen pflegten, auf Aristolbehandlung in ein bis zwei Tagen genasen.

Bei Rhinitiden mit schleimigen oder schleimig-eitrigen Secreten insufflirte Verfasser das Aristol in die Nasenhöhle, nachdem er zuvörderst eine Irrigation derselben mit einer 0,75procentigen Kochsalzlösung vorgenommen, und erzielte durch diese Behandlung die schönsten Resultate. Szenes.

Ein Fall von Schreckneurose mit Gehörsanomalien. Von Dr. Freund (Nervenarzt) und Dr. Kayser (Ohrenarzt) in Breslau. (Deutsche medicin. Wochenschrift No. 31, 1891.)

Ein 45jähriger Bahnwärter wurde durch einen dicht an seiner linken Seite einschlagenden Blitzschlag für einige Minuten wie völlig gelähmt, konnte dann langsam nach Hause gehen, bemerkte aber alsbald ausser starkem Kribbelgefühl in Händen und Füssen eine fast totale Taubheit mit Sausen und Schwindelgefühl; gleichwohl keine Dienstunfähigkeit. Die im Laufe der nächsten Wochen wiederholt angestellten Untersuchungen ergaben sehr interessante Befunde. Es wurde eine totale Anaesthesie des ganzen Körpers, wovon Pat. selbst keine Kenntniss hatte, nachge-

[1]) Monatshefte f. prakt. Dermatologie Bd. X, Heft 2.

Digitized by Google

wiesen, mit Ausnahme einiger kleinen Stellen an Rumpf und Extremitäten; Cornea, Trommelfelle sowie Gehörgänge, Zunge und Nasenschleimhaut völlig unempfindlich, dagegen reagiren hintere Rachenwand und Uvula gegen Berührung. Sodann fand sich beiderseitige hochgradige concentrische Gesichtsfeldeinengung, links stärker wie rechts; auf dem linken Ohre totale Taubheit, rechts sehr beträchtliche Schwerhörigkeit; Trommelfelle wenig verändert, Tuben frei, Lufteinblasung ohne Gehörsverbesserung; Knochenleitung aufgehoben, tiefe Stimmgabeln auch nicht durch Luftleitung gehört, hohe dagegen wohl. Galvanische Erregbarkeit des Acusticus ist nicht zu erzielen. Geruch und Geschmack beiderseits erloschen.

Auffällig blieb der Umstand, dass bei völligem Verlust der Tastempfindungen, des Gelenkgefühls sowie der Vorstellung der Körperlage nichts desto weniger keine Spur von Ataxie bestand; desgleichen, dass trotz hochgradiger concentrischer Gesichtsfeldeinengung das Orientirungsvermögen durch das Gesicht fast gar nicht gelitten hatte. — Zwei Monate nach dem Unfalle bemerkte Pat. bei festem Lidschlusse einen tiefen Ton im linken Ohre, welcher auch mittelst Hörschlauchs objectiv wahrnehmbar war; es zeigte sich dabei gleichzeitig eine deutliche ruckweise Einziehung des unteren Hammergriffendes mit Verschiebung des Lichtreflexes, so dass der Ton als das durch die Contraction des Tensor tympani bedingte Muskelgeräusch aufzufassen war; die Erregung des vom Quintus innervirten Tensor in Folge des durch den Facialis bewirkten Lidschlusses bleibt dabei auffällig. — Die Behandlung bestand in Application eines starken faradischen Stromes, wodurch allmählig eine Besserung der Hörfähigkeit rechts, sowie der Anaesthesie bis zu einem gewissen Grade erzielt wurde; zur Zeit der Veröffentlichung des Falles wurde die Behandlung noch fortgesetzt. — Fr. hält das Krankheitsbild für eine Neurose, herbeigeführt durch den Schrecken, welchen das Ereigniss bei dem Pat. hervorgerufen, nicht für eine directe Einwirkung des Blitzes, und betont, wie gegenüber der bisherigen einschlägigen Casuistik von Schreckneurosen der vorliegende Fall eine gewisse Ausnahmestellung einnehme, insofern dabei gewöhnlich Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen zusammen, und zwar halbseitig, aufzutreten pflegen, eine ausschliessliche Beschränkung der Lähmung auf die sensitiv-sensorielle Sphäre dagegen bisher nicht bekannt geworden sei. Aus demselben Grunde hält es auch schwer, die Krankheit als männliche Hysterie aufzufassen, wofür allerdings manche Momente, auch des Ohrbefundes, wieder sprechen würden.

Keller.

Die Anwendung des Jodtrichlorid bei Ohreneiterungen mittelst einer neuen aseptischen Spritze. Von Prof. Dr. Trautmann. (Deutsche medicin. Wochenschrift No. 29, 1891.)

Tr. rühmt dem von Riedel (Arbeiten aus dem Kaiserl. Gesundheitsamte, 1887) und Behring (Zeitschrift für Hygiene Bd. 9, 1890) seiner stark desinficirenden Eigenschaften wegen empfohlenen Mittel bei chronischen Ohreiterungen (bei profusen acuten Eiterungen hatte Tr. noch keine Gelegenheit zur Anwendung) wesentliche Vorzüge nach: sofortiger Schwund jeglichen üblen Geruchs für die Dauer von 24 Stunden; sodann die Thatsache, „dass das festanhaftende Epithel, wie dies bei chronischen

Digitized by Google

Eiterungen des Mittelohres gar nicht selten, bei Cholesteatom stets der Fall ist, sich ungemein leicht abhebt. Aus diesem Grunde eignet sich das Mittel zur Behandlung des Cholesteatoms vorzüglich.“ Drittens treten keine Entzündungserscheinungen im Gefolge der Application auf, die Schleimhaut (wie die von dem Mittel benetzte äussere Haut) wird nur gelblich braun gefärbt und sondert für 1—2 Stunden eine gelblich seröse Flüssigkeit in geringer Menge ab. — Tr. benutzt die Jodtrichloridlösung zur Ausspritzung des Ohres, und zwar, da das Mittel stark reizend wirkt, anfänglich in geringer Concentration, 1/8 pCt. bis, allmählig steigend, auf 1/2 pCt., höchstens 1 pCt., meist jeden 4. Tag, während an den Zwischentagen mit aseptischem Wasser ausgespült wird; es empfiehlt sich, jedesmal eine frische Lösung zu etwa 200 Gramm zur Ausspritzung sich zu bereiten. Da Metall von dem Mittel angegriffen wird, so gebraucht Tr. eine gläserne Spritze mit Asbeststempel.

Nach seinen bisherigen Erfahrungen empfiehlt Tr. das Mittel hauptsächlich bei chronischen Mittelohreiterungen mit und ohne Caries; Granulationen und starke Schleimhautschwellungen müssen zuvor durch anderweitige Behandlung beseitigt werden. Die Anwendung in Nase und Nasenrachenraum verbietet sich, selbst in einer Lösung von nur 1/52 pCt., der Schmerzhaftigkeit und heftigen Reizerscheinungen wegen.

Keller.

Die Behandlung der chronischen Mittelohreiterung durch Excision der cariösen Gehörknöchelchen; Bericht über drei Fälle. (The Treatment of Chronic Purulent Otitis Media by Excision of the Carious Ossicles and Removal of Obstructions in the Tympanic Attic, With a Report of Three Cases.) Von Christopher J. Colles in New-York. (Amer. Journ. of the Med. Sciences, Mai 1891.)

Die mitgetheilten Fälle betrafen einen 44jähr. Mann, eine 25jähr. Frau und ein 10½jähr. Mädchen. In allen drei Fällen wurde wegen mehrjähriger Mittelohreiterung der Hammer operativ entfernt. Aethernarcose. Bei Fall 1 und 3 war kein Ambos mehr vorhanden, bei Fall 2 fehlt jede Angabe über dieses Knöchelchen. Das Resultat war in allen drei Fällen ein sehr befriedigendes, da sowohl die Eiterung zum Verschwinden gebracht, als auch das Gehörvermögen verbessert wurde. — Verf. hat aus der Literatur 120 durch Excision der Gehörknöchelchen behandelte Fälle von Mittelohreiterung zusammengestellt. Die Otorrhoe wurde dadurch in 60 pCt. der Fälle geheilt und in nur 4⅙ pCt. nicht gebessert, während in den übrigen Fällen merkliche Besserung erfolgte. Das Gehörvermögen besserte sich in 63 Fällen, also 52½ pCt. In zwei Fällen (von Wetzel mitgetheilt) wurde es schlimmer.

A. Sch. (N.-Y.)

Ueber operative Entfernung von Fremdkörpern aus der Paukenhöhle mit Ausschälung der den knöchernen Gehörgang auskleidenden Weichtheile und Abmeisselung des Margo tympanicus. Von Prof. Bezold. (Berliner klinische Wochenschrift No. 36, 1891.)

B. beschreibt einen Fall von Einklemmung eines Steines in der Paukenhöhle eines 7jähr. Mädchens, bei welchem er nach erfolgloser Anwendung von schonenderen Extractionsversuchen zur Loslösung der

Digitized by Google

Ohrmuschel schritt, dann aber insofern von der üblichen Methode abwich, als er nicht den knorpeligen Gehörgang vom knöchernen trennte, vielmehr sämmtliche Weichtheile mit dem Perioste vom Knochen ablöste, den knöchernen Gehörgang also ausschälte, und nun zur Mobilisirung des Fremdkörpers den Annulus tympanicus zum Theil abmeisselte, eine Abmeisselung des knöchernen Gehörgangs selbst aber vermied; rasche Heilung. Mit Rücksicht auf die relativ leichte Ausführung des Verfahrens räth B. noch mehr wie bisher dazu, jeden Fremdkörper, auch ohne dass drohende Erscheinungen seine sofortige Entfernung erheischen, nach dem obigen Verfahren zugänglich zu machen, falls die Extraction vom Gehörgange aus nicht gelingt. Keller.

Beitrag zur aglutinativen Methode behufs Entfernung von Glasperlen aus dem Ohre. Von Dr. Olivenbaum (Rumänien). (Therapeut. Monatshefte. August, V. Jahrg.)

O. entfernte eine durch Ausspritzen und Klebversuche mit Leim aus dem Gehörgange nicht zu beseitigende Glasperle dadurch, dass er feingepulverten Alaun in einem Löffel über der Spiritusflamme zum Schmelzen brachte, dann das zerfaserte Ende eines Holzstäbchens in die Masse tauchte und rasch für einige Augenblicke an der Glasperle fixirte, nachdem er eine Verbrennung des Gehörgangs durch Einschieben einer langen Papierröhre in denselben verhütet hatte; die Extraction gelang sofort.
Keller.

Doppelseitige Mastoiditis im Gefolge von eitriger Mittelohrentzündung, Operation, Heilung. (Implication of the Mastoid Cells of Both Ears in a Case of Chronic Purulent Otitis Media. Complete and Rapid Recovery Following Operation.) Von Huntington Richards in New-York. (N.-Y. Med. Journ., 17. Jan. 1891.)

Der Fall betraf einen 30jähr. kräftigen Mann. Zuerst musste der linke Warzenfortsatz eröffnet werden, was Verf. mit dem Drillbohrer bewerkstelligte, und zwölf Tage später der rechte, ebenfalls mittelst des Drillbohrers. Die Einzelheiten der ausführlich mitgetheilten Krankengeschichte sind im Original nachzusehen. A. Sch. (N.-Y.)

---

b) Rhinologische:

Zur Casuistik der Highmorshöhlenempyeme. Von Dr. Arthur Hartmann, Berlin. Nach einer Mittheilung in der Section für Otologie der 62. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. (Deutsche med. Wochenschrift No. 50, 1889.)

Verfasser theilt drei einschlägige Fälle mit, in welchen es ihm gelungen war, durch 3 – 4malige Ausspülung der Highmorshöhle, vom mittleren Nasengange aus, Heilung zu erzielen und glaubt schliesslich, dass der operative Eingriff in ähnlichen Fällen nur dann berechtigt wäre, wenn die Heilung nach wenigen Ausspülungen nicht gelingt.
Szenes.

Digitized by Google

Exophthalmie nach Entfernung von Nasenpolypen. (Exophtalmie consécutive à l'ablation des polypes du nez.) Von Dr. Felix Semon. (Brit. med. Journal und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 4, 1890.)

Zwei Tage nach Entfernung multipler Nasenpolypen trat plötzlich Exophthalmus des rechten Auges ohne Tachycardie und ohne Struma ein. Andererseits waren mit der Operation die häufig eintretenden asthmatischen Anfälle gehoben. Verf. gesteht, den Zusammenhang nicht zu begreifen. Dr. P. K.

Fremdkörper in den Nasenhöhlen. (Corps étranger dans les fosses nasales.) Von Dr. Photiades. (Revue med. pharmaceutique de Constantinople und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 4.)

Ein 38jähriger Mann litt an Anosmie, Nasencatarrh, Bronchitis mit krampfhaftem Husten. Tumor in der Nase, welcher Anfangs für ein Gumma gehalten wurde, dem specifischen Heilverfahren aber nicht wich. Anwendung des Galvanocauters mit Erfolg; nach einiger Zeit wurde der Rest des Tumors während eines Hustenanfalls ausgeworfen: es waren Stücke Bindfaden, welche der Kranke früher mit einem Rest Wurst verschluckt hatte. Heilung. Dr. P. K.

Electrische scharfe Löffel zur Operation der adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes. (Curettes électriques pour les végétations adénoides du pharynx nasal.) Von Dr. Rousseaux.

Blutungen und namentlich die septische Infection werden bei dieser Operationsmethode vermieden. Verf. hat 2 Arten dieser Löffel: die erste sieht dem Gottstein'schen Ringe, die zweite dem Löffel von Hartmann ähnlich; beide lassen sich auf den von Schech angegebenen galvanocaustischen Griff schrauben, sie werden durch einen einfachen Accumulator glühend gemacht; Eug. Albrecht in Tübingen verfertigt selbe. Dr. P. K.

Grosses Papillom am hinteren Ende der linken unteren Nasenmuschel. (Papillome volumineux s'implantant sur l'extrémité postérieure du cornet inférieur gauche.) Von Dr. Noquet. (Revue de laryngologie No. 11, 1891.)

Ein 49jähr. Mann zeigte ein pflaumengrosses, breitgestieltes Papillom an besagter Stelle, welches bei rechtsseitiger Körperlage auch das rechte Nasenloch verstopfte. Mittelst der kalten Schlinge wurde der Tumor in drei Sitzungen durch die Nase entfernt und die Ansatzstelle mit dem Galvanocauter gebrannt. Dr. P. K.

Tuberculose der Nasenhöhlen. (La Tuberculose des fosses nasales.) Von Dr. A. F. Plicque. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1890.)

Aetiologisch ist zu bemerken, dass eine der Infection so direct ausgesetzte Schleimhaut so selten befallen wird; klinisch ist hervorzuheben, dass sie verschieden auftreten kann, dass ihre Diagnose oft schwer ist;

Digitized by Google

therapeutisch ist zu erwähnen, dass die topische und chirurgische Behandlung von glänzendem Erfolg gekrönt sind.

Die Auseinandersetzungen und die Details dieser drei Hauptpunkte werden am besten im Original nachgelesen. Dr. P. K.

Ueber Cysten und Abscesse der mittleren Muschel. (On cyst and abscess of the middle turbinated bone.) Von Greville Macdonald, M. D., London. (Lancet, 20. Juni 1891.)

Verf. erklärt das Zustandekommen dieser Erscheinungen durch eine osteophytische Periostitis, welche den freien Rand der Muschel mit deren Körper verwachsen lässt und so zur Bildung eines Hohlraums Anlass giebt, der sich dann durch die Ansammlung von Flüssigkeit ausdehnt. Sie können auch vereitern und dann Abscesse bilden. In letzterem Falle enthalten sie Granulationen und Eiter. An ihrer Aussenseite können auch Polypen sich bilden. Ihre Entfernung lässt sich leicht machen durch die Schlinge und nachheriges Wegbrechen der Ränder mit der Zange.

Verf. hält sie für selten, Ref. kann ihm für Deutschland nicht zustimmen. Dr. M. Schm.

Traumatisches Haematom mit Abscessbildung in der Nasenscheidewand. (Hématome traumatique et abcès consécutif de la cloison du nez.) Von Dr. Ricci Angelo. (Bolletino delle malattie dell Orecchio und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 1, 1891.)

Ein 28jähriger Mann fiel mit der Nase auf den Boden. Schmerz, Nasenbluten mit bleibender Nasenverstopfung und nasaler Stimme. In jedem Nasenloch ein rother Tumor, Abscessbildung mit den gewöhnlich selbe begleitenden Symptomen, Fluctuation in beiden Nasenlöchern. Nachdem der Eiter nicht durch intranasalen Schnitt, sondern durch eine hinter der Oberlippe dicht am Frenulum an der Spina nasalis anterior, also von innen her angebrachte Oeffnung entleert worden war, konnte man eine Fractur des Nasenseptum feststellen. Zwei kleine Holzcylinder wurden in die Nasenöffnungen gebracht, bis Heilung eingetreten war; es kam restitutio ad integrum. Dr. P. K.

Reflexasthma in Folge von Nasen- und Unterleibsleiden. (De l'asthme reflexe d'origine nasale et gastrointestinale.) Von Dr. Aayer. (Revue de laryngologie et d'otologie No. 12, 1891.)

Obwohl in letzter Zeit viel Missbrauch mit Nasalleiden als Ursache von Bronchialasthma getrieben worden ist, so giebt es doch verschiedene authentische Fälle, welche uns zwingen, den Causalnexus anzunehmen. Ebenso verhält es sich mit einigen Gastrointestinalleiden: In solchen Fällen ist die Zunge belegt, der Unterleib aufgetrieben, Coprostase und Dyspepsie bestehen; in solchen Fällen heilen die asthmatischen Anfälle nach dem Gebrauch von Kissingen, Marienbad, Vichy, Massage, Tamarinden, Clystieren etc. etc. Dr. P. K.

Digitized by Google

Ein ungewöhnlicher Fall von Nasenpolyp. (An unusual case of nasal polypus.) Von Marmaduke Sheild, London. (Lancet, 4. Juli 1891.)

Das Ungewöhnliche bestand darin, dass der Polyp, der ein ganz gewöhnliches Aussehen hatte, bei der Berührung stark blutete. Nach der Herausnahme ergab es sich, dass es ein Fall von Krebs des Antrums war, der aber sonst keine Erscheinungen gemacht hatte. Mittelst Exstirpation des Oberkiefers wurde die Kranke geheilt. Verf. meint, dass ein rasch wachsender Tumor in der Nase von Erwachsenen, der leicht blutet, immer verdächtig sei. Dr. M. Schm.

Kritik.

Gefrierdurchschnitte zur Anatomie der Nasenhöhle. Von Prof. Dr. B. Fränkel. Verlag A. Hirschwald. Berlin 1891.

Unter obigem Titel erschien in 2 Lieferungen ein anatomischer Atlas, der 17 Ansichten von serienartig angeordneten Durchschnitten durch den gefrorenen Schädel, insoweit dabei die Nase und deren nächste Umgebung getroffen wird, wiedergiebt. Von diesen Schnitten sind 6 in horizontaler Richtung geführt, 9 geben uns verschiedene Bilder in Frontalschnitten und 2 zeigen Nasendurchschnitte in sagittaler Richtung. Zum besseren Verständniss hat Verf. zu jedem der Bilder eine kurze Erklärung beigefügt. Durch diese mit grosser Sorgfalt ausgeführte Arbeit bietet uns der Autor zahlreiche Ansichten der Nase, deren Nebenhöhlen und des Cav. nas.-phar., so dass man dadurch ein klares, übersichtliches Bild über den anatomischen Aufbau der Nase und deren Nebenhöhlen, und besonders deren gegenseitige Lage gewinnt, wodurch das Werk für Jeden, der sich eingehender mit den Erkrankungen der Nase beschäftigt, von grossem Werthe ist.

Noch sei erwähnt, dass die Bilder auf starkem Carton mittelst Kupferätzung hergestellt sind und das ganze Werk von der oft bewährten Firma elegant ausgestattet wurde. J.

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Französische Gesellschaft für Otologie und Laryngologie. Jährliche Sitzung am 4. und 5. Mai 1891. (Société française d'otologie et de laryngologie. Séance annuelle du 4 et 5 Mai 1891.)

Ueber falsche Empyeme der Highmorshöhle. Moure behauptet, es gebe Fälle, wo alle Symptome für Empyem des Antrum Highmori sprächen und dennoch dasselbe nicht bestehe. Luc weist auf die cariösen Zähne, welche fast immer Ursache des Empyems seien, hin. Ruault empfiehlt die Durchleuchtung als Hauptmittel der Diagnose. Gouguenheim verwirft die Perforation durch die Fossa canina, empfiehlt die Perforation durch eine Alveole nach Extraction des betreffenden Zahnes und zeigt eine Canüle mit Obturatorium, welche das Eindringen von Speisen in's Antrum verhindern soll.

Digitized by Google

Larynxintubation bei Erwachsenen. Massei spricht derselben das Wort, so lange es sich um acute oder chronische ödematöse Stenosen handelt; bei papillomatösen und narbigen Stricturen muss man vorher das Hinderniss auf irgend welche Art entfernen.

Gute Wirkung des Pilocarpin in einem schweren Falle von Oedema glottidis. Suarez de Mendoza, gestützt auf zwei früher glücklich behandelte Fälle, räth, in einem frischen Falle mit der Tracheotomie abzuwarten und Pilocarpin zu versuchen. 3 in 20minutigen Zwischenräumen gemachte Einspritzungen, im Ganzen 25 Milligramm des Medicamentes, brachten Heilung.

Spontanes Verschwinden des Papilloms beim Kinde. Garel bespricht den Fall eines vierjährigen, im vorigen Jahre an Influenza erkrankten Kindes, welches seither an Aphonie litt. Die Dyspnoe nahm zu, das Laryngoscop zeigt ein das linke Stimmband und den Intraarytänoidalraum einnehmendes Papillom. Tracheotomie. Die Canüle konnte nach 7 Wochen entfernt werden. Das Papillom war verschwunden. Nicot, Noquet, Chatellier und Gellé sprechen über Taubheit bei trockener Mittelohrentzündung, über tardive, hereditäre Syphilis der Nasenhöhlen, sowie über die geeignetste Behandlung des Nasenrachenraumes nach Entfernung der adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes.

Acute Arthritis der Articulatio cricoarytänoidea. Lacoarret behauptet, dass die Gelenkentzündung viel häufiger sei, als allgemein angenommen wird, und dass selbe oft mit Oedema glottidis verwechselt wird. Am häufigsten jedoch kommt sie durch Propagation vor. L. erwähnt noch die verschiedenen infectiösen Krankheiten, welche dazu führen können. Dr. P. K.

Lupus des Mundes, des Schlundes und des Kehlkopfes. (Lupus of the mouth, pharynx and larynx.) Von Gilbert Barling, Birmingham. (Lancet, 27. Juni 1891.)

Die Berichte anderer Forscher ergeben, dass 10—20 pCt. aller Lupuskranken auch im Halse erkrankt sind, wenn auch nur wenige Beschwerden davon haben. Verf. hatte unter 13 Fällen 6 mit Lupus im Halse, von denen aber nur 2 über Beschwerden klagten. Unter seinen Fällen waren 5 Frauen und 1 Mann von 6 Frauen und 7 Männern im Ganzen. Er beginnt mit kleinen rothen Flecken mit dünnem weissen Belag darauf, die Oberfläche wird dann papillär, die Krankheit ergreift aber nicht den Knochen, wohl aber Knorpel. In einem Fall war eine günstige Einwirkung des Tuberkulins zu finden. Dr. M. Schm.

Ein Fall von subparotischem und retropharyngealem Sarcom, Operation, Heilung. (A case of subparotid and retropharyngeal sarcoma, operation, recovery.) Von James Wilson, M. D., Haverfordwest. (Lancet, 27. Juni 1891.)

Der Kranke war nach 14 Monaten noch gesund, ohne Rückfall.
Dr. M. Schm.

Digitized by Google

Behandlung des Kropfes durch theilweise Ausschneidung mit vier Fällen. (Treatment of goitre by partial excision with four cases.) Von Louis E. Stevenson, M. B., Carlisle. (Lancet, 20. Juni 1891.)

In den 4 Fällen wurde immer nur der eine Lappen weggenommen, der zurückgelassene verkleinerte sich dann nachher von selbst. Sie wurden alle geheilt, die Kranken waren alle im Jünglingsalter. Verf. meint, im jugendlichen Alter seien die rasch wachsenden Kröpfe gefährlicher wie im Alter. Ref. kann dem nicht beistimmen. Im Gegentheil, wenn bei älteren Personen der Kropf rasch wächst, so macht er gerade so Erstickung wie bei jungen und es kommt die Besorgniss noch dazu, es möge ein bösartiger Tumor sich entwickeln. Dr. M. Schm.

Ueber Pachydermia laryngis. Von Dr. Meyer. (D. med. Wochenschrift No. 42, 1890.)

Mittheilung von 11 Fällen der diffusen Form nebst klinischen Bemerkungen In 7 Fällen hiervon war eine Beschränkung der Abductionsbewegung beider oder eines Stimmbandes vorhanden. Therapeutisch wird Behandlung des bestehenden Rachen- und Kehlkopfcatarrhs, ohne operative Entfernung der Wülste, sowie Jodkali in kleiner Dosis empfohlen, worauf zunächst die Bewegungsfähigkeit wiederkehre und nach längerer Anwendung eine Verkleinerung der Wülste eintrete. Heinze.

Die Localtherapie bei der Larynxphthise. Von Dr. Scheinmann. (Berl. klin. Wochenschr. No. 47, 1890.)

Prophylactisch, sowie für leichtere Fälle, wird frühzeitige Anwendung lange fortzusetzender und häufig täglich zu wiederholender Inhalationen von Menthol oder Kresol, gegen Infiltrate, als mildestes Verfahren, die Electrolyse, und zur Einreibung in Geschwürsflächen das Pyoctanin. caerul. empfohlen. Chirurgische Eingriffe sollen erst dann vorgenommen werden, wenn die milderen antiseptischen Methoden im Stich lassen oder aussichtslos erscheinen. Heinze.

Eine zweckmässige Modification des Larynxgalvanocauters. Von Dr. Heermann. (D. med. Wochenschr. No. 40, 1890.)

Die Modification an dem von Windler zu beziehenden Instrument besteht darin, dass die Kupferdrähte am äusseren Ende 3 Mm. lang senkrecht abgebogen sind und dass an den freien Enden die ebenfalls nur 3 Mm. lange Platinarmatur sitzt. Hierdurch werde deutlichere Beobachtung der letzteren erreicht und Verletzung benachbarter Partien bei Würgbewegungen etc. verhindert. Heinze.

Angiom der Epiglottis. (Angiome de l'épiglotte.) Von Dr. Tauber. (Journal of Laryngol. and Rhinol. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 3, 1890.)

42jähriger Mann mit den localen Symptomen eines grossen, der Epiglottis aufsitzenden Angioms. Die galvanocaustische Schlinge konnte nicht angelegt werden, aber die Exstirpation gelang mittelst eines grossen Mathieu'schen Amygdalotoms. Keine Recidiven. Dr. P. K.

Digitized by Google

Extraction zweier Röhren, welche sich von der Canüle losgelöst hatten und in die Trachea gefallen waren. (Extraction de deux tuyaux de canule à trachéotomie tombés dans la trachée.) Von Dr. Vasily Razumovsky. (Journal of Laryngol. and Rhinol. und Ann. des maladies de l'oreille et du larynx No. 3, 1890.)

Eine 53jährige Frau, wegen narbiger Larynxstenose tracheotomirt, bekam 1884, 2 Jahre nach der Operation, das erste Rohr in die Trachea, weil die Canüle zerbrach; 1887 fiel das zweite Rohr, ohne dass das erste entfernt worden war, auch in die Trachea. Sonderbarer Weise kam die Patientin erst 3 Monate nach dem zweiten Unfall in's Spital. Die Extraction gelang mittelst gebogener Zangen. Dr. P. K.

Entfernung einer Nadel aus der Trachea auf natürlichem Wege. Von Dr. Hinrichs. (D. med. Wochenschr. No. 37, 1890.)

Ein 19jähr. Schneider hatte eine mit einem dünnen Doppelfaden umwickelte 3,5 Ctm. lange Nadel, welche er bei der Arbeit im Munde hielt, in einem Hustenanfalle in die Luftröhre aspirirt. Während der Faden durch Husten und Würgen wieder soweit herauskam, dass er erfasst und hervorgezogen werden konnte, sass die Nadel unterhalb der Stimmbänder fest. Sie lag quer über die Mitte des linken Bronchus, mit der Spitze eingestochen in den First der Bifurcation, während das Oehrende etwas höher an der linken Trachealwand festgeklemmt war unter einem vorspringenden Trachealringe. Nach verschiedenen vergeblichen Versuchen gelang es am 2. Tage mit Hilfe einer langen, an der Spitze nach vorn rechtwinklig kurz umgebogenen Kehlkopfsonde, das Oehr unter dem Trachealringe hervorzuheben, worauf die weitere Extraction am Faden unschwer gelang. Heinze.

Respirationshinderniss, Tracheotomie, Heilung. (Un cas d'entrave à la respiration, trachéotomie, guérison.) Von Dr. Arthur Wright. (Lancet und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 3, 1890.)

Peribronchitischer Drüsenabscess bei einem 12jährigen Knaben, welcher durch einen in die Trachealwunde eingeführten harten Catheter geöffnet wurde. Dr. P. K.

Fremdkörper im Larynx. (Corps étranger du larynx.) Von Dr. Ström. (Journal of Laryngol. and Rhin. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 3, 1890.)

Ein 3jähr. Kind wurde nach 19 Tage andauernden intermittirenden Anfällen von Dyspnoe tracheotomirt; ein Kirschkern wurde extrahirt; Convulsionen, Tod nach 3 Tagen. Dr. P. K.

Ruptur der Trachea mit Sternal- und Rippenfractur. (Rupture de la trachée avec fractures sternale et costale.) Von Dr. Bennet. (Journal of Laryngol. and Rhinol. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 3, 1890.)

Keine äussere Läsion; bei der Section transversaler Riss der Trachea, zollgrosse Entfernung beider Rissstellen. Kein grosses Blutgefäss verletzt. Dr. P. K.

Digitized by Google

Ein Fall von Kehlkopffractur mit günstigem Ausgang. Von Dr. Sokolowski. (Berl. klin. Wochenschr. No. 40, 1890.)

Ausführliche Beschreibung eines längere Zeit hindurch laryngoscopisch beobachteten Falles bei einem 20jähr. Mädchen, welche an ihrer über die Schulter geworfenen und am Halse in einem Knoten gebundenen Schürze von dem Triebrade einer Maschine erfasst worden war. Die alsbald vorgenommene Tracheotomie bez. Laryngotomia inferior, welche die Athembeschwerde beseitigte, folgte später die Laryngofissur, wobei sich herausstellte, dass der hintere Theil des Ringknorpels gar nicht existirte, und dass „nirgends Spuren eines Ringknorpels abgetastet werden konnten". Patientin wurde mit der Tracheotomiecanüle entlassen; ein nach 2 Jahren vorgenommener Versuch, die Canüle gänzlich zu entfernen, misslang, da Athembeschwerden wieder eintraten. Der Erfolg ist trotzdem als günstig anzusehen, da die Prognose der Kehlkopffracturen (von klinisch beobachteten Fällen existiren in der Literatur nur 80—90) im Allgemeinen ungünstig ist und da namentlich Fracturen des Ringknorpels mit sehr wenigen Ausnahmen tödtlich zu verlaufen pflegen. S. hat in der Literatur nur noch einen, dem seinen analogen Fall mit günstigen Ausgang gefunden.

Heinze.

Ueber Erkrankungen der oberen Luftwege im Gefolge der Influenza. Von Prof. B. Fränkel. (D. med. Wochenschr. No. 28, 1890.)

In den 45 zur poliklinischen Beobachtung gelangten Fällen zeigten sich bemerkenswerthe Veränderungen im Kehlkopfe. Sie bestanden in eigenthümlichen weissen Stellen in der gerötheten Schleimhaut der Stimmbänder, welche einmal mehr in der Mitte, einmal mehr nach vorn, selten mehr nach hinten sassen, meist wochenlangen Bestand hatten und unter Bildung eines mehr oder minder markirten Hofes um sie herum und oberflächliche Epithélabschilferung schliesslich heilten. F. nimmt an, dass es sich um eine fibrinöse Infiltration in die Stimmbänder handelt und glaubt, dass diese Befunde zur Diagnose der Influenza werden beitragen können, da sie in solcher Häufigkeit nur zu Zeiten einer Influenza-Epidemie vorkommen.

Heinze.

Ein neues Kehlkopfmikrometer. Von Dr. Wagner. (Berl. klin. Wochenschr. No. 45, 1890.)

Beschreibung einer, vom Instrumentenmacher Hellwig in Halle a. S. zu beziehenden Vorrichtung zu Messungen im Kehlkopfe, deren Vortheile nach W. darin bestehen, dass der Beobachter gleichzeitig zwei Bilder des Kehlkopfes erhält (das directe ursprüngliche und das indirecte, mit der Scala versehene); dass nicht nur Längen- und Breiten-, sondern auch Flächenbestimmungen gemacht werden können, und dass die Vorrichtung leicht an jedem Reflector zu befestigen ist.

Heinze.

Melonenkern im rechten Bronchus. Operation, Heilung. (Pépin de mélon dans la bronche droite. Opération, guérison.) Von Dr. Ackermann. (Med. News und Annales des maladies de l'oreille et de larynx No. 3, 1890.)

2jähr. Kind, croupöser Husten, behindertes Athmen an der rechten Lunge; Tracheotomia inferior, Extraction mittelst langer, in den rechten Bronchus eingeführter Zange, Heilung in 10 Tagen.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Oesophaguskrämpfe, durch Hypertrophie der vierten Mandel hervorgerufen. (Spasmes oesophagiens dus à l'hypertrophie de la quatrième amygdale.) Von Dr. Joal. (Revue de laryngologie d'otol. et de rhinologie No. 16, 1890.)

Dass Oesophagismus durch erfolgreiche Behandlung nasaler Leiden geheilt werden kann, hat Verf. früher bewiesen. Dasselbe kann durch richtige Behandlung der Zungenmandel geschehen. Verf. giebt hierzu 2 geheilte Kranke als Beleg. Um sicher zu sein, dass der Oesophagismus wirklich von den hypertrophischen Zungenpapillen herrührt, räth Verf., auf folgende Punkte zu achten: 1) Zunahme resp. Entstehen des Oesophagismus bei Reizung, namentlich beim Zerstören der Zungenpapillen; 2) Aufhören des Oesophagismus durch Bepinseln der Papillen mittelst Cocain; 3) Heilung des Oesophagismus durch geeignete Behandlung der Papillen. Dr. P. K.

INHALT.

I. Originalien: Cholewa: Ueber Resection des Septum narium. — Baumgarten: Seltenere Neurosen und Reflexneurosen des Ohres, der Nase und des Rachens. — Bloebaum: Ein Celluloid-Ohrtrichter. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Ludewig: Ueber Amboscaries und Ambosextraction, ein Beitrag zur Aetiologie und Therapie der chronischen Mittelohreiterung. — Katz: Knöcherne Ankylosis des Steigbügels (trockener Mittelohrcatarrh). — Rohrer: Otitis externa haemorrhagica bullosa. — Rohrer: Aristol, ein neues Antisepticum. — Freund und Kayser: Ein Fall von Schreckneurose mit Gehörsanomalien. — Trautmann: Die Anwendung des Jodtrichlorid bei Ohreneiterungen mittelst einer neuen aseptischen Spritze. — Colles: Die Behandlung der chronischen Mittelohreiterung durch Excision der cariösen Gehörknöchelchen; Bericht über 3 Fälle. — Bezold: Ueber operative Entfernung von Fremdkörpern aus der Paukenhöhle mit Ausschälung der den knöchernen Gehörgang auskleidenden Weichtheile und Abmeisselung des Margo tympanicus. — Olivenbaum: Beitrag zur aglutinativen Methode behufs Entfernung von Glasperlen aus dem Ohre. — Richards: Doppelseitige Mastoiditis im Gefolge von eitriger Mittelohrentzündung, Operation, Heilung. — b) Rhinologische: Hartmann: Zur Casuistik der Highmorshöhlenempyeme. — Semon: Exophthalmie nach Entfernung von Nasenpolypen. — Photiades: Fremdkörper in den Nasenhöhlen. — Rousseaux: Electrische scharfe Löffel zur Operation der adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes. — Noquet: Grosses Papillom am hinteren Ende der linken unteren Nasenmuschel. — Plicque: Tuberculose der Nasenhöhlen. — Macdonald: Ueber Cysten und Abscesse der mittleren Muschel. — Angelo: Traumatisches Haematom mit Abscessbildung in der Nasenscheidewand. — Aayer: Reflexasthma in Folge von Nasen- und Unterleibsleiden. — Sheild: Ein ungewöhnlicher Fall von Nasenpolyp. — Fränkel: Gefrierdurchschnitte zur Anatomie der Nasenhöhle. — c) Pharyngolaryngologische: Französische Gesellschaft für Otologie und Laryngologie. — Barling: Lupus des Mundes, des Schlundes und des Kehlkopfes. — Wilson: Ein Fall von subparotischem und retropharyngealem Sarcom, Operation, Heilung. — Stevenson: Behandlung des Kropfes durch theilweise Ausschneidung mit 4 Fällen. — Meyer: Ueber Pachydermia laryngis. — Scheinmann: Die Localtherapie bei der Larynxphthise. — Heermann: Eine zweckmässige Modification des Larynxgalvanocauters. — Tauber: Angiom der Epiglottis. — Razumovsky: Extraction zweier Röhren, welche sich von der Canüle losgelöst hatten und in die Trachea gefallen waren. — Hinrichs: Entfernung einer Nadel aus der Trachea auf natürlichem Wege. — Wright: Respirationshinderniss, Tracheotomie, Heilung. — Strom: Fremdkörper im Larynx. — Bennet: Ruptur der Trachea mit Sternal- und Rippenfractur. — Sokolowskit: Ein Fall von Kehlkopffractur mit günstigem Ausgang. — Fränkel: Ueber Erkrankungen der oberen Luftwege im Gefolge der Influenza. — Wagner: Ein neues Kehlkopfmikrometer. — Ackermann: Melonenkern im rechten Bronchus. Operation, Heilung. — Joal: Oesophaguskrämpfe, durch Hypertrophie der vierten Mandel hervorgerufen.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Gaughofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**	**Dr. N. RÜDINGER** o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**	**Dr. v. SCHRÖTTER** Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**	**Dr. WEBER-LIEL** Professor der Ohrenheilkunde in **Bonn.**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.

Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXV. **Berlin, October 1891.** **No. 10.**

I. Originalien.

Ein Fall von multipler Exostosenbildung am Schädel mit halbseitiger Gesichtsatrophie.

Demonstration einer Gehörgangsexostose.

Vortrag,

gehalten in der otiatr. Section der 64. Naturforscherversammlung zu Halle a. S.

von

Dr. **A. Krakauer** Berlin.

M. H.! Das Präparat, welches ich mir die Ehre geben will, Ihnen heute zu demonstriren, entstammt einem 12jähr. Mädchen, welches mir im Anfang dieses Jahres von Herrn Collegen Karewsky zur Begutachtung des Ohrenbefundes überwiesen wurde.

Das Kind, welches von Jugend auf an Scrophulose und intermittirender linksseitiger Otorrhoe gelitten hat, zeigte auf den ersten Anblick folgende Erscheinungen: 1) in der Gegend des l. unteren Orbitalrandes befindet sich eine Narbe, welche, die wir gleich vorwegnehmen wollen, einer Operation entstammt, die College Karewski im vergangenen Jahre behufs Entfernung einer warzenförmigen Exostose von der Stelle, wo Process. zygom. maxill. super. und Arcus zygom. zusammenstossen, mit Erfolg unternommen hatte, 2) eine zweite Exostose befindet sich an der protub. mental. sin. mandib., 3) eine weitere Exostose am rechten Stirnbein, von der behaarten Kopfhaut bedeckt.

Digitized by Google

Pat. giebt an, seit etwa 1/2 Jahre taub geworden zu sein und zeigt 4) einen Tumor, der bis zur äusseren Oeffnung des linken äusseren Gehörganges reicht. Derselbe, mit normaler Cutis überzogen, stellt unzweifelhaft eine Exostose dar. Er verstopft die Ohröffnung hermetisch, so dass man an keiner Stelle auch nur mit einer Borste zwischen ihn und die Gehörgangswand eindringen kann. Das Gehör ist für Luftleitung aufgehoben, Knochenleitung gut. Der Schall der auf die Mittellinie des Scheitels aufgesetzten Stimmgabel wird nach links verlegt, der Rinne fällt negativ aus. Es besteht geringe Schmerzhaftigkeit des linken Ohres. Die Insertion der Exostose genau zu ermitteln, war natürlich unthunlich, doch nahm ich als wahrscheinlich an, dass sie der hinteren oberen Gehörgangswand aufsitze. Ausserdem war die ganze linke Gesichtshälfte atrophisch, und es bezog sich diese Atrophie nicht nur auf die Weichtheile, sondern auch auf die Knochen.

Ich rieth an, zunächst die Ohrmuschel und den knorpeligen Gehörgang abzupräpariren, den letzteren an seiner Verbindung mit dem knöchernen Gehörgange zu durchschneiden und nach vorn zu klappen, um so Klarheit über den Sitz der Geschwulst zu erhalten und dieselbe mit dem Meissel zu entfernen. Der erste Theil der Operation verlief programmmässig, um so mehr Ueberraschungen bot der zweite Theil. Als nämlich die Muschel nach vorn geklappt war, sah man, dass ausser der von aussen sichtbaren Exostose noch eine zweite bestand, und, als das Gewebe weiter fortpräparirt wurde, zeigte sich auch noch eine dritte. Die 3 Exostosen sassen mehr minder breitbasig der hinteren oberen Gehörgangswand auf und erstreckten sich vom Beginn des knöchernen Gehörganges bis dicht an den Annulus tympanicus. Es wurde nun die ganze hintere obere Gehörgangswand abgemeisselt, und so das Ihnen vorgelegte Präparat, welches die 3 Exostosen trägt, gewonnen. In der Tiefe der Wunde befand sich nur wenig krümeliger Eiter. Nach Reposition und Annähung der Muschel legte College Karewski auf meinen Rath ein ziemlich dickwandiges, bis dicht an's Trommelfell reichendes Drainrohr, wie dies Stacke bei seiner Operation gerathen hat. Die Heilung erfolgte per primam, und die Otorrhoe versiegte bald unter antiseptischen Ausspülungen. Bei der am 12. September vorgenommenen Untersuchung sah ich deutlich an der hinteren oberen Circumferenz des Gehörganges die Narbe, jedoch war keinerlei Strictur vorhanden. Der Gehörgang ist in toto erweitert. Im Trommelfell befindet sich eine herzförmige Narbe. Gehör mässig herabgesetzt.

Was mich zur Veröffentlichung dieses Falles bewog, war hauptsächlich die Coincidenz von Gehörgangsexostose mit multipler Exostosenbildung am Schädel und Hemiatrophia faciei, eine Combination, welche meines Wissens in der Literatur noch nicht beschrieben wurde und auch von Steinbrügge in seiner jüngst erschienenen vortrefflichen pathologischen Anatomie des Gehörorganes nicht erwähnt wird. Es zeigt dieses Zusammentreffen meines Erachtens, dass, wenn auch in unserem Falle langjährige Otorrhoe bestanden hatte, diese doch höchstens also ein begünstigendes Moment für die Exostosenbildung angesehen werden kann, während die eigentliche Aetiologie auch hier dunkel bleibt, wenn wir nicht die Scrophulose als eine Folge hereditärer Lues auffassen wollen, welche letztere Toynbee als ätiologisches Moment der Exostosenbildung anspricht.

Digitized by Google

Ich bin geneigt, aus dem gleichzeitigen Auftreten der Ohrexostose mit anderen Exostosen am Schädel zu schliessen, dass erstere und die chronische Otorrhoe nur verschiedenartige Aeusserungen derselben trophischen Störungen darstellten und nur zufällig neben einander auftraten.

Das Vorkommen von Exostosen im jugendlichen Alter ist ebenfalls nicht ganz häufig; so fand Bezold in seinen bekannten Schuluntersuchungen nie Exostosen, und Wagenhäuser war erstaunt, bei einem 17jährigen Jüngling eine solche zu constatiren.

Das jüngste Individuum, welches Exostosenbildung darbot, war ein 4jähriges, von Field beobachtetes Mädchen.

Das Auftreten von mehreren Exostosen in einem Ohre ist, wenn auch nicht gerade häufig, so doch einige Male beschrieben; ob in diesen Fällen die einzelnen Exostosen eine so erhebliche Grösse erreichten, wie in unserem Falle, erscheint mir zweifelhaft.

Die microscopische Untersuchung unserer Geschwulst habe ich nur deshalb noch nicht vorgenommen, um Ihnen das Präparat unverletzt vorlegen zu können.

Bericht
über die Verhandlungen der Abtheilung für Ohrenheilkunde der 64. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte in Halie a. S. 1891.

Von

Dr. **Sigismund Szenes** in Budapest.

In Folge der trefflichen Vorkehrungen, welche von Seite des einführenden Vorsitzenden unserer (20.) Section, des Geheimrath Professor Dr. Schwartze, getroffen wurden, war die Betheiligung an den Verhandlungen eine rege und nur der musterhaften Leitung unserer Sitzungen ist es zuzuschreiben, dass die Tagesordnung in drei Sitzungen vollkommen beendet wurde.

In die Präsenzliste hatten sich die folgenden Theilnehmer der Section eingetragen:

Prof. Barth (Marburg), Dr. Becker (Dresden), Dr. Beckmann (Heidelberg), Dr. Boek (Magdeburg), Dr. Brieger (Breslau), Dr. Christinnek (Brandenburg), Dr. Davidsohn (Berlin), Dr. Grunert (Halle a. S.), Prof. Habermann (Graz), Dr. Hecke (Breslau), Privatdocent Hessler (Halle a. S.), Dr. Heuermann (Bremen), Dr. Jacoby (Magdeburg), Dr. Jankau (Strassburg i. E.), Dr. Joël (Gotha), Dr. Kaufmann (Hamburg), Dr. Kayser (Breslau), Prof. Kiesselbach (Erlangen), Dr. Koch (Braunschweig), Dr. Krakauer (Berlin), Dr. Kretschmann (Magdeburg), Privatdocent Lemcke (Rostock), Dr. Loewe (Berlin), Dr. Ludewig (Hamburg), Privatdocent Moldenhauer (Leipzig), Dr. Nager (Luzern), Sanitätsrath Pagenstecher (Wiesbaden), Dr. Panse (Halle a. S.), Dr. Preul (San Franzisko), Dr. Reinhard (Duisburg), Dr. Robitz (Leipzig), Dr. Rohden (Halberstadt), Dr. Scheibe (München), Privatdocent Schmiegelow

Digitized by Google

(Copenhagen), Dr. Schubert (Nürnberg), Geheimrath Prof. Schwartze (Halle a. S.), Privatdocent Siebenmann (Basel), Dr. Spuhn (Crefeld), Dr. Stacke (Erfurt), Dr. Stimmel (Leipzig), Dr. Szenes (Budapest), Dr. Truckenbrod (Hamburg), Dr. Ulrichs (Halle a. S.), Professor Wagenhäuser (Tübingen), Prof. Walb (Bonn).

Die Herren Prof. Gruber (Wien), Dr. Katz (Berlin) und Prof. Zaufal (Prag) haben ihr Verhindern an der Theilnahme angezeigt, wodurch die von ihnen angekündigten Vorträge wegblieben.

Desgleichen wurden die angekündigten Vorträge der Herren Professor Guye (Amsterdam): „Zwei geheilte Fälle von Bezold'scher Perforation des Antrum, deren einer mit Retropharyngealabscess", Dr. Jankau (Strassburg i. E.): „Untersuchungs-Resultate mit Stimmgabeln und Otoscop bei Hemiatrophia facialis progressiva", Dr. Kafemann (Königsberg i. Pr): „Ueber einige neue Borverbindungen, vergleichende Beobachtungen bei 150 Otorrhoeen", nicht gehalten.

I. Sitzung am 21. September, Nachmittags.

Vorsitzender: Geheimrath Prof. Schwartze (Halle a. S.).

1) Prof. Kiesselbach (Erlangen): Ueber die Uebereinstimmung der galvanischen Reaction bei Auge und Ohr.

Um die Gesetzmässigkeit der am Ohre durch den galvanischen Strom erzeugten Erscheinungen nachzuweisen, ist es nothwendig, die Erscheinungen am Ohre mit der Reaction der anderen Sinnesnerven zu vergleichen, besonders mit der des Sehnerven, welch' letzterer auch in den Nebenerscheinungen die meiste Uebereinstimmung zeigt.

Bei der Untersuchung des geschlossenen Auges entsteht durch An-Wirkung Erhellung des Gesichtsfeldes mit violettem Schimmer, es werden also alle Fasern des Sehnerven erregt, besonders aber diejenigen, welche die Perception der kürzesten (höchsten) Lichtschwingungen vermitteln. Bei Ka-Wirkung entsteht dagegen eine Verdunkelung des Gesichtsfeldes, bei manchen Menschen mit röthlichem Schimmer, so dass man hier eine Herabsetzung der Erregbarkeit für alle Fasern des Sehnerven erhält, von welcher jedoch die Fasern, welche die Perception der längsten (tiefsten) Schwingungen vermitteln, am wenigsten betroffen werden. — Macht man denselben Versuch bei offenen Augen im leicht verdunkelten Zimmer, so findet man, dass bei Ka-Wirkung die Schatten dunkler werden und die Umrisse der im Zimmer befindlichen Gegenstände undeutlich verschwommen erscheinen; bei An-Wirkung werden die Schatten heller, die Umrisse der Gegenstände deutlicher. Die dabei auftretenden Farbenerscheinungen beobachtet man am leichtesten bei Betrachtung einer im Schatten auf dunkler Unterlage liegenden Silbermünze. Dieselbe erscheint bei Ka-Wirkung undeutlich, schmutzig rothbraun, bei An-Wirkung erscheinen Umrisse und Gepräge scharf, wie mit (leicht violettem) Licht übergossen.

Beim Ohre ist die Reactionsformel schwieriger aufzufinden, da bei vielen gehörgesunden Personen gar keine Reaction eintritt, bei anderen nur einzelne Theile der vollständigen Formel zu beobachten sind. Am häufigsten findet man bei An-Wirkung (von der Stirne aus) ein helles hohes Klingeln, welches aus den höchsten hörbaren Tönen besteht,

Digitized by Google

und somit dem Auftreten violetten Lichtes im Auge bei An-Wirkung entspricht. Bei Ka-Wirkung werden von manchen Menschen tiefe Töne gehört, analog dem Auftreten röthlichen Schimmers im Auge. — Dass der galvanische Strom aber nicht nur auf die Fasern für höchste und tiefste Töne wirkt, sondern dass bei An-Wirkung auch die Fasern für mittlere Töne erregbarer, bei Ka-Wirkung weniger erregbar werden, analog der Erhellung und Verdunkelung des Gesichtsfeldes, geht daraus hervor, dass bei An-Wirkung von manchen Menschen der objective, dem Eigenton des Ohres entsprechende Ton (4—5gestrichene Octave) gehört wird, während durch Ka-Wirkung gewisse Ohrgeräusche zum Verschwinden gebracht werden. Es ist daher das hohe Klingeln immer als rein subjective Erscheinung anzusehen, während das Hören des Eigentones sowohl auf stärkerer Erregbarkeit des Hörnerven als auch auf einer Verstärkung des Eigentones (durch stärkere Blutzufuhr) beruhen kann.

Nach Kiesselbach entstehen die durch Stromschwankungen verursachten Licht- und Klangblitze auf indirecte Weise. Sie entstehen nur dann, wenn durch die Stromschwankungen Muskelcontractionen entstehen, und sind daher beim Auge den Druckphosphenen analog; beim Ohre entstehen sie durch die Contraction des Tensor tympani, wodurch ja auch beim Gähnen dieselbe Erscheinung hervorgebracht wird. Die frühere Ansicht, dass eine nur momentane Einwirkung im Sinnesnerven selbst eine subjective Empfindung hervorrufe, lässt sich nicht mehr halten, denn die Hauptstütze dieser Ansicht, dass nämlich beim Durchschneiden des Opticus immer eine Lichtempfindung auftrete, ist durch neuere Beobachtungen widerlegt.

Zum Schlusse demonstrirt Kiesselbach an Zeichnungen, wie durch die virtuellen Pole die Einwirkungsart des galvanischen Stromes bestimmt wird, so dass die Erscheinungen, welche beim Auge durch den aufsteigenden Strom hervorgerufen werden, denjenigen entsprechen, welche beim Ohre durch den absteigenden Strom erzeugt werden und umgekehrt.

2) Dr. Brieger (Breslau): Ueber Mittelohrerkrankungen bei Lupus der Nase.

Nur vereinzelte Angaben über das Auftreten von Mittelohr-Erkrankungen bei Lupus nasi finden sich in der Literatur, und nur ein histologischer Befund von Gradenigo stellt die Thatsache fest, dass Lupus auf dem Wege der Tube sich nach dem Mittelohr ausbreiten kann. — Brieger hat in 21 Fällen von Lupus der Nase nur 3mal vollkommen normalen Ohrbefund eruirt, in der weitaus überragenden Mehrzahl der Fälle dagegen Veränderungen beobachtet, welche zum Theile mit dem Bilde des gewöhnlichen Mittelohrcatarrhs oder der Mittelohreiterung übereinstimmten, zum Theile aber solche Eigenthümlichkeiten zeigten, dass die Annahme eines specifischen Prozesses nahe gelegt wurde. In einem Falle nur konnte durch den Nachweis von Tuberkelbacillen in dem der Paukenhöhle entnommenen Secret die tuberculöse Natur der Erkrankung festgestellt werden. In den Fällen, für welche die Annahme eines specifischen, der Erkrankung der Nasenschleimhaut analogen Prozesses im Bereiche des Mittelohres aufgestellt wurde, bestanden fast durchwegs Lupus-Heerde im Cavum nasopharyngeum.

Digitized by Google

Discussion:

Prof. Schwartze erwähnt auf der Hallenser Ohrenklinik einen Fall mit Lupus der Nasenspitze beobachtet zu haben, welcher sich gegen alle Medication rebellisch zeigte; später war eine Otitis media suppurativa mit Caries des Warzenfortsatzes aufgetreten und ein halbes Jahr darauf führte eine Lungentuberculose zu letalem Ausgange. Bei der Necroscopie zeigte sich die tuberculöse Erkrankung an mehreren Organen, jedoch die Nasen- und Nasenrachenschleimhaut war auffallender Weise intact geblieben.

3) Dr. Truckenbrod (Hamburg): Ein operativ geheilter Hirnabscess nach Otitis media.

Truckenbrod's Fall betrifft einen 54jährigen Patienten, welcher in Folge von Influenza an einer linksseitigen Otitis media acuta erkrankt war; nebst einer folliculären Angina war ein Furunkel im äusseren Gehörgange aufgetreten und von letzterem aus fand eigentlich die Infection der Paukenhöhle statt. Da sich das Exsudat der Paukenhöhle nicht zurückbilden wollte, wurde nach 8 Tagen die Paracentese des Trommelfells gemacht. — Im weiteren Verlaufe der Krankheit war das Fieber nicht characteristisch; die höchste Temperatur war 38,9. Doch stellte sich bald bei dem Patienten ein verändertes Wesen ein, indem er schwatzhaftig wurde; es trat eine Parese des rechten Facialis auf, ferner stellten sich ein: Zuckungen im rechten Arme, Schwäche des rechten Armes, ausserdem sensorische Aphasie, complete Alexie, Agraphie und Anarhythmie; am Auge war keine Muskelstörung zu beobachten, ebenso war auch der Augenhintergrund normal. Auch bestand kein Schwindel, kein taumelnder Gang, kein Erbrechen, keine Pulsverlangsamung, keine Anästhesie, kein Temperaturunterschied zwischen rechts und links, ebenso waren auch die Patellar- und Scrotalreflexe erhalten. Es bestand constanter, auf die linke Schläfe beschränkter, äusserst heftiger Kopfschmerz.

Aus den erwähnten Symptomen wurde die Diagnose auf Abscess im linken Schläfenlappen gestellt. Operation: Aufmeisselung des linken Warzenfortsatzes, Wegmeisselung des Tegmen antri; in circa 4 Ctm. Ausdehnung, zwischen Dura und Gehirn, frische entzündliche Adhäsionen, Durchtrennung der Häute; Einstechen der Spritze nach innen vorn und oben, wobei der Abscess getroffen wurde; breite Incision des Abscesses mit dem Messer, Einlegen eines Drainrohres, Verband. Vollkommene Heilung in drei Wochen.

Discussion:

Prof. Schwartze bemerkt in seinen eingehenden Erörterungen, dass die Gefahr der Operation eines Gehirnabscesses bei dem heutigen Stande der chirurgischen Technik kaum in Betracht gezogen werden kann, da auch solche Fälle veröffentlicht wurden, wo die Schädelhöhle, ohne jede schlimme Folgen, selbst an mehreren Stellen eröffnet wurde. Doch um so schwieriger ist die Diagnose, speciell aber den Sitz des betreffenden Abscesses genau zu bestimmen.

Digitized by Google

II. Sitzung am 22. September, Vormittags.

Vorsitzender: Sanitäts-Rath Pagenstecher (Wiesbaden).

4) Prof. Habermann (Graz): Ueber Erkrankung des Gehörorgans in Folge von Tabes dorsalis.

Neben einer grösseren Anzahl klinischer Beobachtungen über Erkrankung des Gehörorgans in Folge von Tabes dorsalis existiren keine, in denen auch pathologisch-anatomische Veränderungen des Gehörorganes nachgewiesen wären.

Habermann berichtet über einen Fall, in dem er bei einer 52jähr. Frau, bei welcher 12 Jahre vor dem Tode als erstes Symptom der Tabes im Verlaufe einiger Monate Taubheit aufgetreten war und wo er 4 Wochen vor dem Tode noch die Gehörorgane untersuchen konnte; er fand nur noch das Gehör für die c-Stimmgabel erhalten, im Uebrigen aber vollständige Taubheit. Die Kranke selbst klagte über Summen in den Ohren seit ihrer Erkrankung und hatte keinen Schwindel.

Bei der Untersuchung der Schläfebeine fand sich eine nahezu vollständige Desorganisation des Ramus cochleae, der nahezu ganz durch Bindegewebe ersetzt war, in dem zahlreiche kleine Corpora amylacea eingelagert waren, und ziemlich hochgradige Degeneration des Ramus vestibuli. In der Schnecke fand sich mit Ausnahme von einzelnen Nervenfasern und Ganglienzellen, die in der basalen Windung erhalten waren, im rechten Ohre ein Nervenbündel in der Spitzenwindung erhalten, und daselbst war auch das Corti'sche Organ allein noch schön erhalten. In den Nerven des Vorhofs und der Bogengänge war ein grosser Theil der Nervenfasern geschwunden, ein anderer aber erhalten. Die Degeneration der Nervi acustici lässt sich bis zu den Kernen in der Medulla oblongata verfolgen, letztere selbst waren aber intact. Diese Beobachtung ist ein Mal deshalb bemerkenswerth, weil sie den ersten anatomischen Nachweis einer Erkrankung des inneren Ohres in Folge von Tabes bildet, und dann auch, weil sie wirklich Etwas mit zur Klärung des Dunkels, der bisher über die physiologische Function der Theile des inneren Ohres herrscht, beitragen kann.

5) Dr. Scheibe (München): Ein Fall von hochgradigem Nervenschwund in sämmtlichen Windungen der Schnecke.

Scheibe demonstrirt Schnitte durch das linke Felsenbein eines 61jährigen, sehr schwerhörig gewesenen Arztes, dessen doppelseitige Schwerhörigkeit ganz allmählig 23 Jahre vor dem Tode begonnen hatte.

In dem sonst intacten Mittelohr liess sich durch Einsetzen eines Manometerröhrchens in den oberen halbcirkelförmigen Canal eine auf den Steigbügel isolirte Beweglichkeitsverminderung constatiren. Trotzdem kann microscopisch am enthaltenen Präparat eine deutliche Veränderung der Steigbügel-Vestibularsymphyse nicht gefunden werden.

Bei der Untersuchung des Labyrinths in Serienschnitten findet sich vollständiger Schwund des Nerven — nur vereinzelte Fasern sind erhalten —, gleichmässig in sämmtlichen Windungen der Schnecke, geringer im Nerven für den oberen Bogengang; die restirenden Nervenfasern sind normal.

Die Schnecke weist ausserdem alte, abgelaufene destructive und Neubildungsvorgänge auf, welche auffälliger Weise am meisten in

Digitized by Google

der Spitzenwindung ausgesprochen sind und hier auch das Knochengerüst ergriffen haben.

Es muss dahingestellt bleiben, ob die letzteren Veränderungen die Folge einer 6 Jahre vor dem Beginn des Ohrenleidens durchgemachten Basilarmeningitis sind, oder eines 10 Jahre vor dem Tode aufgetretenen Knochenleidens — Osteopsathyrosis — in den Extremitäten und Osteomalacie in den Wirbeln und in den spongiösen Knochen des Schläfebeins. Vielleicht steht der Nervenschwund mit diesen Veränderungen, vielleicht mit dem Morphinismus in Zusammenhang, an dem Patient schon Jahre lang vor Beginn der Schwerhörigkeit litt.

(Fortsetzung folgt.)

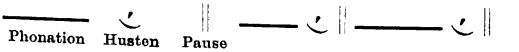
Nervöser Kehlkopfhusten bei einem 11jähr. Jungen.

Von

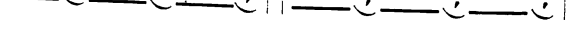
Dr. **Lothar Linkenheld** in Wiesbaden.

Im August 1889 überwies mir ein hiesiger College E. einen Jungen zur Untersuchung und eventuellen Behandlung, bei dem wegen eines seit längerer Zeit bestehenden nervösen Hustens bis jetzt alle hierfür üblichen Mittel vergeblich angewendet worden waren.

Es war ein auffallend anämisch aussehender Junge (K. W. aus Wiesbaden), von Hause aus nervös belastet, der besondere Erkrankungen früher nicht durchgemacht haben soll. Auffallend oft soll er an Heiserkeit und trocknem, rauhen Husten gelitten haben, dieser Husten sei aber ganz verschieden von dem jetzt bestehenden gewesen. Anfang Januar 1888 sei nach einer Erkältung wieder einmal der gewöhnliche Husten aufgetreten, sei aber bald in eine so eigenthümliche Form übergegangen, dass die Eltern, ängstlich geworden, ihren damaligen Hausarzt zu Rathe zogen. Dieser neue Husten habe darin bestanden, dass Patient von Morgens früh bis Abends spät, nur unterbrochen durch Schlaf und Essen, einen lauten, krächzenden Ton (ähnlich dem Blöken der Schafe) mit darauf folgendem kurzen, bellenden Husten ausgestossen habe, etwa nach folgendem Schema:



Der damalige Hausarzt, Herr College H. von hier, theilte mir mit, dass der Husten so laut gewesen sei, dass er den Patienten schon auf der Strasse husten hörte, wenn derselbe noch auf dem Wege zu seiner Wohnung war. In der Annahme, dass es sich um einen nervösen Husten handelt, habe er Narcotica und Nervina angewendet, jedoch ohne jeden Erfolg. Auf seinen Rath hin sei dann von jeder Medication Abstand genommen worden. Der Husten habe später, wie mir die Eltern des Pat. mittheilten, in der Art sich gebessert, dass die freien Pausen länger wurden, dass aber die einzelnen Phonations-Hustenstösse häufiger hintereinander auftraten.



Digitized by Google

Indem dann die Pausen immer länger, die Phonations-Hustenstösse immer häufiger wurden, habe sich schliesslich der Modus herausgebildet, dass Patient des Morgens beim Ankleiden, des Mittags während des Mittagsmahles und des Abends vor dem Schlafengehen hustete. Dieser Husten dauerte ohne Unterbrechung eine volle Stunde, die dazwischenliegende Zeit war hustenfrei. Eigenthümlich sei damals gewesen, dass die Hustenstösse, die früher ausserordentlich laut, jetzt kaum hörbar geworden, wodurch die Phonationsstösse mehr zur Geltung gekommen seien.

Der Schulunterricht, der bisher unmöglich war, sollte jetzt wieder aufgenommen werden, es musste aber von diesem Vorhaben alsbald wieder Abstand genommen werden, als sich zeigte, dass die Hustenanfälle jetzt auch auftraten, wenn der Junge lesen, schreiben, rechnen oder singen sollte.

Diese atypischen Anfälle, wenn ich sie so nennen soll, hielten auch eine volle Stunde an und unterschieden sich nicht von den typischen, die ausserdem in gewohnter Weise auftraten.

Von einem Schul- oder Privatunterricht musste natürlich unter solchen Umständen Abstand genommen werden.

Aber auch auf andere Veranlassung hin, z. B. durch Erschrecken, soll der Husten damals aufgetreten sein, so unter Anderem einmal, als seine Mutter zufällig einen Teller in seinem Beisein habe fallen lassen.

Der Junge, der früher gern in der Gesellschaft seiner Altersgenossen spielte und sich durch grosse Wildheit auszeichnete, habe seit seiner Erkrankung jede Spielgesellschaft gemieden und grosse Theilnahmlosigkeit an den Tag gelegt.

Herr College E., der dann später die Behandlung des Knaben übernahm, versuchte, ebenfalls mit negativem Erfolge, den galvanischen, dann den faradischen Strom, später Arsen, Eisen, Chinin und kalte Begiessungen im warmen Bade.

Als ich den Knaben zum ersten Male sah, war das Krankheitsbild folgendes: Der Junge, von mittlerer Grösse, anämischem, schlaffen Aussehen, hat einen intelligenten, etwas verschmitzten Gesichtsausdruck. Der Kopf, schmal und lang, zeigt am linken Stirnhöcker eine Hervorwölbung, die schon von jeher bestanden haben soll, (die Eltern entsinnen sich nicht eines etwa vorausgegangenen Trauma's).

Die Untersuchung der inneren Organe ergab nichts Abnormes. Ausser einem mässigen Rachen-Kehlkopfcatarrh war eine Vergrösserung der Rachenmandel zu constatiren, mehr der Fläche nach, die Choanen nicht überragend. Die Nasenathmung wurde durch dieselbe nicht behindert, ebensowenig der Klang der Sprache.

Durch Betasten der verschiedensten Stellen der Schleimhaut der Nase, des Nasenrachenraumes, Pharynx und Kehlkopfs mit der Sonde konnten keine Hustenanfälle hervorgerufen werden. Ebensowenig durch Druck auf die verschiedenen übrigen Körpertheile. Die Hustenanfälle traten zur Zeit nur noch 2 Mal täglich auf, des Morgens beim Ankleiden und des Mittags während des Essens, bestanden nur noch aus langgezogenen Phonationen, ohne den früher darauffolgenden kurzen Hustenstoss.

Um nun einen Anfall zu beobachten, gab ich dem Jungen eine Zeitung mit der Aufforderung, laut darin zu lesen. Nachdem er etwa

Digitized by Google

6 Worte gelesen hatte, liess er das Blatt sinken, der Kopf wurde im Nacken etwas gebeugt, es erfolgte eine tiefe langgezogene In- und Exspiration, und dann wurden unaufhörlich Phonationslaute ausgestossen, die grosse Aehnlichkeit hatten mit dem ae, das wir die Patienten beim Laryngoscopiren phoniren lassen, nur war dieser Laut etwas tiefer. Mit jeder Phonation trat gleichzeitig eine Zuckung im rechten Facialisgebiete auf.

Während des Laryngoscopirens oder wenn man den Knaben Wasser trinken liess, sistirte der Anfall, um nach Beendigung dieser Manipulation sofort wieder aufzutreten. Sondenberührung der Schleimhäute der Nase, des Nasenrachenraums, Rachens und Kehlkopfs beeinflussten den Anfall nicht, ebensowenig Insufflationen der verschiedensten Pulver in die Nase, Nasenrachenraum und Pharynx, dagegen sistirte der Anfall sofort durch Insufflation eines indifferenten Pulvers in den Kehlkopf. Um einen neuen Anfall hervorzurufen, musste man den Knaben wieder lesen lassen. Da ich derartige Kehlkopfinsufflationen nicht von der Mutter des Pat. vornehmen lassen konnte zur Coupirung des jemaligen Anfalles, so suchte ich nach anderen Mitteln, und kam schliesslich auf die Lucae'sche trockene Nasendouche, die prompt jeden Anfall coupirte. Die Mutter wurde in der Handhabung dieses Verfahrens unterrichtet und ihr aufgetragen, sobald der Anfall sich zeige, sofort dasselbe anzuwenden.

Von jeder Medication wurde Abstand genommen und nur eine strenge, regelmässige Lebensweise, leichte Kost, viel Aufenthalt im Walde, kalte Abreibungen und kleine Dosen Cognac verordnet.

Von dem damaligen Assistenten der Pagenstecher'schen Augenklinik liess ich noch die Augen untersuchen, und war der College so liebenswürdig, mir folgenden Befund mitzutheilen: „Drückt man während des Ophthalmoscopirens mit dem Finger leicht auf den Bulbus, so tritt sofort Venenpuls und Arterienpuls auf, bei stärkerem Druck sogar vollständiger Krampf der Arterien, so dass schliesslich eine absolute Ischämie auftritt, die beim Nachlassen des Druckes sofort wieder aufhört. Es ist dieses eine Erscheinung, die bei hysterischen Personen oft beobachtet wird und ihre Erklärung in der vasomotorischen Reizbarkeit findet, die solchen Personen eigen ist."

An einem der folgenden Tage erschien der Junge wieder und theilte mir mit, dass er die Anwendung der Luftdouche selbst erlernt habe und mit promptem Erfolg bei den atypischen Anfällen verwende, dass bei den typischen dagegen dieselbe ohne Erfolg sei. Auch der von mir verordnete Cognac soll diesen Einfluss auf die Anfälle ausgeübt haben, so dass später die Luftdouche ganz überflüssig wurde.

Der Junge blieb dann aus, ich erfuhr nur, dass ein hiesiger Electrotherapeut sich noch vergeblich mit dem Magneten bei ihm versuchte.

Auf Erkundigungen hin, die ich nach dem weiteren Schicksale des Patienten einzog, erfuhr ich (vor einem Monate las ich es auch in einer hiesigen Zeitung), dass der Junge auf merkwürdige Weise geheilt worden sei. Als nämlich im Mai 1890 das hiesige Volksbrausenbad eröffnet wurde, nahm auch der Patient ein solches Bad. In der Meinung, den Hahn zur warmen Douche aufzudrehen, öffnete er aus Versehen den für die kalte Douche. Durch das nun niederströmende kalte Wasser sei der Knabe so erschrocken, dass er halb ohnmächtig nach Hause gebracht

Digitized by Google

rden musste. Dort soll er sich aber sehr rasch wieder erholt haben, d seit jener Zeit sollen sowohl die typischen wie atypischen Anfälle r immer aufgehört haben. Dieser Sachverhalt wurde bei weiterer chforschung bestätigt.

Ich liess mir Anfangs October 1890 den Knaben nochmals kommen d konnte constatiren, dass sich der frühere objective Befund nicht ändert hatte, dass aber das Aussehen des Knaben ein besseres und sünderes geworden war. Weder durch Lesen-, Schreiben-, Rechnen- oder ngenlassen, noch durch anderweitige Manipulationen konnte ein Anfall rvorgerufen werden.

Derartige Fälle, wenn auch etwas anderen Characters, sind vielfach schrieben unter dem Namen „nervöser Kehlkopfhusten, Chorea laryngis", ter welchem Namen man bekanntlich einen Husten versteht, dem keine atomisch nachweisbare Veränderungen im Respirationsapparate, sondern ne gesteigerte Reflexthätigkeit (periphere Ursache) oder eine Erkrankung s Centralnervensystems (centrale Ursache) zu Grunde liegt. Derselbe ichnet sich durch einen eigenthümlichen acustischen Beiklang aus und itt gewöhnlich in zwei verschiedenen Arten auf, entweder continuirlich, rch kurze rhythmische Hustenstösse sich auszeichnend, oder paroxysmentig. Die erste Form tritt gewöhnlich bei jugendlichen Individuen im lter von 7—15 Jahren auf, hat einen milderen Character wie die veite Form und ist gewöhnlich von choreaartigen Zuckungen der Gechtsmuskeln begleitet, weshalb Schrötter diese Form auch „Chorea ryngis" genannt hat.

Fast allen derartigen Erkrankungen liegt Hysterie zu Grunde. Auch unserem Falle muss eine ererbte hysterische Erkrankung des Centralrvensystems als Krankheitsursache angesehen werden, durch die entweder spontan oder durch directen Reiz (Schrecken, geistige Anstrengung) e Hustenanfälle ausgelöst wurden. In diesem ätiologischen Momente ag ebenso die Eigenartigkeit des Hustens, in zwei verschiedenen Arten ıfzutreten, so dass zuerst die eine, die continuirlich rhythmische, und ıs dieser allmählig die zweite Form, die paroxysmenartige, entstand, ine Erklärung finden, wie das Abweichende von der gewöhnlichen Weise, dass hier die continuirlich rhythmische Form sich durch ganz esondere Heftigkeit auszeichnete.

Was nun die definitive Heilung unseres Falles betrifft, so ist dielbe gewiss recht eigenartig, kann jedoch insofern nicht allzu sehr verundern, wenn man bedenkt, unter welchen absonderlichen therapeutihen Maassregeln ausgesprochene Hysteriefälle oft zu heilen pflegen.

Digitized by Google

Berichtigung

zu dem Aufsatz: **„Ueber Resection des Septum narium"**
von Dr. med. Cholewa in Berlin.

In No. 9, 1891 dieser Monatsschrift berichtet Herr Dr. Cholewa über seine Methode, das Septum narium zu operiren, wobei er mehrfach Beziehung nimmt auf meine Arbeiten*) über denselben Gegenstand in einer Weise, dass ich unmöglich dazu schweigen kann. Aus einer Reihe von verworrenen Unrichtigkeiten und Entstellungen greife ich die zwei hauptsächlichsten heraus. Die wichtigste erscheint mir die Behauptung:

„Der Unterschied zwischen meiner Operationsmethode und der von Krieg vorgeschlagenen besteht also darin, dass ich nicht allein die Deviation der Knorpelplatte, sondern auch die Deviation der daran schliessenden Knochenlamelle zu beseitigen suche und mich zu diesem Zweck eines Meissels und Hammers bediene."

Ich kann gegen diese mein ganzes Verfahren in gewissen Fällen als geradezu werthlos discreditirende Entstellung mich nicht besser verwahren, als durch Anführung meiner eigenen Worte: in meinen beiden Aufsätzen habe ich meine Grundsätze bei der Resectio septi narium in 5 mit gesperrter Schrift gedruckten Thesen zusammengefasst. Davon lautet die 2. und 3. folgendermaassen:

„2) Da vor Beendigung der Operation nie sicher entschieden werden kann, wie weit rückwärts die Verengung sich erstreckt, kann nie von vornherein die hintere Grenze des auszuschneidenden Knorpelfensters bestimmt werden:

Die Basis des zungenförmigen Knorpellappens muss also nothwendig nach hinten gelegt werden.

3) In den meisten Fällen ist mit Entfernung eines wenn auch noch so grossen Knorpellappens die Operation noch nicht beendigt, vielmehr muss als zweiter Akt das meist immer noch verengende Septum mit Scheere und Kornzange soweit zurückgeschnitten werden, bis voller Luftstrom durchgeht .... Noch deutlicher spricht dafür Fall VIII, wo ich nicht einmal vor dem Knochen Halt gemacht habe."

Wenn aber das noch nicht genügen sollte, so führe ich noch den Schlusssatz meines ersten Aufsatzes (l. c. pag. 211) an:

„Ich fasse nun die Eigenthümlichkeiten des beschriebenen Operationsverfahrens noch einmal zusammen: Es wird mit Wahrung der Continuität des Sept. ein Knorpellappen gebildet mit der Basis nach hinten, welcher als Handhabe, als Führer in die Tiefe zu dienen hat. Das Verfahren passt für jeden, auch den tiefsten Sitz, und hat auch vor hochgradiger knöcherner Verbiegung des Vomer und der Lamina perpendicularis nicht Halt zu machen nöthig...."

Ferner heisst es in der Operationsschilderung Fall 8:

„Da das Hinderniss die ganze Höhe des Septum einnimmt und sich weit nach hinten erstreckt, sehr viel Knorpel entfernt, nämlich eine Platte von 3,5 Ctm Höhe, 3,0 Ctm. Tiefe, und nachher noch 5 Knochenstücke, worauf erst genügender Luftdurchgang."

und wem auch das noch nicht genügt, den verweise ich auf die dortige lithographische Abbildung der Knochenstücke in Fig. 8d.

---

*) „Resection der Cartilago quadrangularis septi narium zur Heilung der Scoliosis septi", Med. Corr.-Bl. des Württ. ärztl. Landesvereins 1886, No. 26 und 27, und „Beiträge zur Resection der Cart. quadrang. nar. etc.", Berl. klin. Wochenschrift No. 31, 1889.

Digitized by Google

Nach diesen sonst unbegreiflichen Widersprüchen möchte man gern zu ihrer milderen Beurtheilung auf den Gedanken kommen, dass Herr Cholewa meine Aufsätze nur nach ihrer Ueberschrift kennt, dann hätte er sich aber eben eines Urtheils über ihren Inhalt enthalten müssen. Jener Titel lautet nämlich beide Mal „Resection der Cartilago quadrangularis". Das hat aber seinen Grund darin, dass die Erfahrungen aller maassgebenden Autoren und Practiker dahin gehen, dass in den meisten Fällen hochgradige Scoliosen auf den knorpeligen Theil sich beschränken, eine hochgradige Scoliosis des knöchernen Theils Ausnahme ist. Dass mein Verfahren aber auch für diese Ausnahmen passt, glaube ich bewiesen zu haben. Gerade die Forderung, dass eine Resectionsmethode allen Anforderungen entsprechen müsse, wie weit zurück auch die Scoliosis im Knorpel oder Knochen reiche, hat mich den Vorschlag von Peters abändern lassen, welcher der Erste gewesen ist, der die subperichondrale Resection des Knorpels vorgeschlagen hat. Wie ich früher Diesem die Priorität gewahrt habe, so lehne ich auch hier dieses Verdienst, welches Herr Ch. irrthümlicher Weise mir zuschreibt, ab, zum Beweis, dass mir nicht Prioritätenstreit die Feder in die Hand drückt.

Der zweite Theil des ersten Punktes, dass nämlich Herr Ch. zur Beweglichmachung des Knorpellappens neben dem Messer da und dort auch noch Meissel und Hammer gebraucht, ist doch wohl zu kleinlicher Natur, als dass man es eine neue eigene Methode nennen dürfte.

Nun zum zweiten Punkt: Herr Ch. sucht, um einerseits den Vorwurf eines Plagiats von sich abzuwälzen und andererseits, um sich zu rechtfertigen, dass er so spät, im April 1891, von Herrn Dr. Heymann auf meine Veröffentlichung aufmerksam gemacht werden musste, diesen Umstand damit zu erklären, dass meine „Arbeit (enthalten im Bd. XVI, 1886, No. 26 und 27 des med. Corr.-Bl. des württ. ärztl. Landesvereins) merkwürdiger Weise in keinem der jetzt üblichen Lehrbücher erwähnt ist und von den meisten Autoren auf diesem Gebiet persönlich kaum gelesen zu sein scheint", verschweigt also, dass meine zweite Arbeit nicht in einem provinzialen, sondern in dem Weltblatt Berliner klinische Wochenschrift veröffentlicht worden ist, hat ferner übersehen, dass meine Arbeiten schon 1889 in Schech's Lehrbuch Aufnahme gefunden haben, dass sie in unseren beiden Fachschriften: Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. im Jahre 1887 (pag. 291) und im Internationalen Centralblatt für Laryngologie etc. 2 Mal (nämlich im III. Jahrgang 1887, pag. 429, und im VI. Jahrg. 1889, pag. 597, wo auch auf die Aufnahme „des bekannten Verfahrens in die Lehrbücher" hingewiesen wird), zum Weiteren im Centralblatt für Chirurgie 2 Mal (1887 pag. 400 und 1890 pag. 158) referirt worden sind, hat endlich übersehen, dass W. Schutter (in dem Weekbl. von het Neederl. Tijdschr. voor Geneesk. No. 17, II. 1890) an der Hand von 9 Operationen die Krieg'sche Methode empfiehlt, worüber abermals unsere Fachzeitung, das Internat. Centralblatt für Laryngologie, Jahrgang VII, 1891, pag. 421, referirt, wahrlich eine wunderbare Unkenntniss der Fachliteratur!

Stuttgart, 13. October 1891. Dr. Krieg.

Digitized by Google

Zur „Erwiderung“ des Herrn Hansberg.*)

Von

Dr. **L. Grünwald** in München.

Herr Hansberg wird es mir hoffentlich ebensowenig übelnehmen, als die Leser dieser Monatsschrift, wenn ich den Ton seiner „Erwiderung“ nicht aufnehme. Es scheint ja heute fast obligat, in schriftlichen Discussionen eine Gereiztheit zu documentiren, wie dieselbe in so unmotivirter Natur glücklicher Weise mündlichen Debatten zu mangeln pflegt. Wenn auch Herr Hansberg gleich so vielen Anderen an dieser Mode Vergnügen findet, so wird man mir hoffentlich keinen Vorwurf daraus machen, dass ich dieselbe nicht mitmache, die Würdigung der auf mich zielenden Wendungen des Herrn H. dem Leser überlasse und dessen Urtheil nur insofern zu Hilfe zu kommen mich veranlasst sehe, als es nachfolgende thatsächliche Berichtigungen erfordern:

1) Herr H. citirt aus meinen „Bemerkungen“ zu seinem Aufsatz, es sei mir „wenigstens gelungen, bei 3 Nasenrachenpolypen von derselben Beschaffenheit wie der meinige (H.'s) war, in einer einzigen Sitzung den Tumor mit der galvanocaustischen Schlinge abzuschnüren“. Wer sich die Mühe geben will, meine „Bemerkungen“ in No. 6, 1891 d. Monatsschrift und meinen dort citirten früheren Aufsatz nachzuschlagen, wird finden, dass dieses Citat unrichtig ist, da ich nur davon gesprochen habe, dass mir die Anlegung der Schlinge um eben solche grosse Geschwülste, als H. sie schildert, gelungen ist (ohne Zahlenangabe, thatsächlich waren es 4, darunter ein juveniles Sarcom) und dass Middeldorpf schon früher 3 derartige Geschwülste mit der Schlinge glücklich operirt habe. Ich muss ausdrücklich hier auf den Wortlaut hinweisen, da in meinem früheren Aufsatz man leicht finden kann, wie mir der Versuch zur Exstirpation des Sarcoms wegen zu geringer Stärke des Accumulators nicht glückte und dasselbe vor Beginn weiterer Versuche spontan zu schrumpfen begann. Es handelte sich mir immer nur um den Nachweis, dass auch unter sehr schwierigen Umständen noch die Anlegung der Schlinge mit Hilfe des Bellocque'schen Röhrchens gelinge. Deshalb war es auch

2) kein „versteckter Vorwurf“, sondern eine offene Aufforderung an Herrn H. und die Leser dieser Monatsschrift, wenn ich ihn auf meine seinerzeitige Veröffentlichung dieses Verfahrens aufmerksam machte. Denn dasselbe ist

3) „unseren hervorragendsten Chirurgen“ nicht „schon längst bekannt“, sonst hätte ich dasselbe, das eben verschollen war, nicht erst wieder ausgraben müssen, da ich von neueren Schriftstellern nur bei Moldenhauer eine genügende Schilderung desselben fand, und z. B. Herr Prof. Schech, als dessen Assistent lange Jahre zu fungiren ich die Ehre hatte, dasselbe nicht kannte.

4) Ich habe die Operation in meinen „Bemerkungen“ nicht „so einfach“, ich habe sie daselbst überhaupt nicht geschildert, sondern nur in meinem von Herrn H. nicht gelesenen Aufsatz: „Zur Operationstechnik bei retronasalen Tumoren“, den ich in meinen „Bemerkungen“ citiren musste.

---

*) No. 8 dieser Monatsschrift 1891.

Digitized by Google

5) Ich „hege“ nicht nur „Zweifel daran“, dass der von Herrn H. operirte Nasenrachenpolyp als „typisch“ zu bezeichnen sei, sondern bestreite es direct. Ich will hier auf die mir zu Theil gewordene Vorlesung über Geschwulstcategorien nicht weiter eingehen, nur zu unserer Frage so viel:

Da das klinische Auftreten auch Herrn H. als maassgebend bei der Categorisirung erscheint, er selbst aber seinen Fall in dieser Beziehung als eine Ausnahme anerkennt, so ist derselbe eo ipso kein „typischer“, denn eine Ausnahme ist kein Typus, und mein Verlangen, diesen Fall bei der etwaigen Erwägung von Regeln für die „typischen“ juvenilen Geschwülste nicht in Betracht zu ziehen, dürfte gerechtfertigt erscheinen.

Der Fall schliesst ja, wie auch Herr H. zugiebt, durch sein Alter allein schon jede Frage nach einer Spontanrückbildung im Alter der Reife aus, da er erst in demselben entstanden ist. Selbstverständlich ist (und das macht die Würdigung jedes einzelnen „Heilungs“-Falles so wichtig), dass, wenn viele so glückliche, allerdings ja nicht recidivfreie, „Heilungen“, wie im H.'schen Falle, auch bei den juvenilen Tumoren zu beobachten wären, man die Frage der doch immer erst ziemlich spät erfolgenden Spontanheilung ebenso wenig ventiliren würde, wie bei den adenoiden Vegetationen. (Ich will hier auf diesen auch sonst interessanten Vergleich nicht weiter eingehen.)

Es sei übrigens hier angemerkt, dass erst kürzlich wieder (von Bouchaud, Revue de Chir. 1890, X, 7) ein Fall von Spontanheilung veröffentlicht worden ist.

6) Ich habe niemals die rein expectative Methode als die wünschenswerthe angesehen, sondern nur die palliativen Operationen im Gegensatz zu beabsichtigten „radicalen“ in Erwägung gezogen, wie dies jedem Leser meiner „Bemerkungen“, wo ich auf Trélat's Sätze als vielleicht einmal giltig werdende hinwies, und meines früheren Aufsatzes klar sein muss.

Ich muss auch nochmals betonen, dass ich nicht Herrn H.'s Indicationsstellung für seinen Fall bemängelt habe, sondern nur davor gewarnt, aus diesem Erfolge Schlussfolgerungen für das wirkliche juvenile Sarcom zu ziehen, bei dessen enormer Recidivfähigkeit und ausgedehntem Wachsthum operativ eine Radicalheilung zu erzielen sehr problematisch ist.

7) Mit keinem Worte habe ich die Möglichkeit einer traumatischen Ursache in H.'s Falle bestritten, im Gegentheil wegen dieser Entstehungsursache denselben in Gegensatz zu den jugendlichen Geschwülsten mit ihrem spontanen Wachsthum gestellt.

Nach obigen Richtigstellungen muss ich es den Lesern überlassen, über die Differenzpunkte zwischen mir und Herrn Hansberg abzuurtheilen und habe in dieser Sache nichts mehr zu bemerken.

Digitized by Google

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Zur Geschichte der operativen Behandlung der Sinusthrombose in Folge von Otitis media. Von Prof. E. Zaufal. (Prager med. Wochenschrift No. 3, 1891.)

Schon im Jahre 1880 hatte der Autor seiner Ansicht Ausdruck gegegeben, dass in den doch hoffnungslosen Fällen von Sinusthrombose mit Pyämie nach eitriger Mittelohrentzündung die Trepanation mit Unterbindung der Jugularvene, eventuell Eröffnung eines Theiles des Sinus Nutzen bringen könnte. 1884 operirte Zaufal einen Fall von eitriger Mittelohrentzündung mit Pyämie durch Sinusthrombose, legte den Sinus, der schon durchbrochen war, frei, spritzte ihn mit 2procentiger Carbollösung aus und drainirte ihn; obwohl der Patient starb, konnte Zaufal von der Operation nur Nutzen berichten. An den Bericht über diesen Fall knüpfte Zaufal die Mittheilung seines Planes der operativen Behandlung des thrombosirten Sinus bei Otitis; zunächst müsse die Trepanation des Proc. mast. vorgenommen und von hier der Sinus blossgelegt werden; ist der Sinus durch einen festen Thrombus im For. jugulare abgeschlossen, so ist die Unterbindung der Jugularis nicht erforderlich. Ist dies nicht der Fall, so soll die Jugularis unterbunden werden, und zwar wenn sie selbst schon mitthrombosirt ist, unter der erkrankten Partie. Ueber der Ligatur soll die thrombosirte Jugularis geöffnet und durch desinficirende Injectionen, deren Flüssigkeit wohl auch aus dem Trepanationscanal herauskommen wird, von inficirenden Massen gereinigt werden.

Auf diese Weise haben auch die Engländer Arbuthnot Lanes und Charles A. Ballance ihre Fälle, über die sie 1890 berichteten, operirt, während F. Salzer die Unterbindung der Jugularvene nicht ausführte. Lanes heilte einen Fall mit Sinusphlebitis und einen mit Sinusthrombose und Pyämie, von Ballance's 4 Fällen starben zwei, von Salzer's 2 Fällen wurde der eine, wo keine Pyämie bestanden hatte, geheilt.

So hoch die Bedeutung dieser Eingriffe angeschlagen werden muss, so kann es Z. doch nicht unterlassen, darauf aufmerksam zu machen, wie die lebensgefährlichen Complicationen der Otitis media durch rechtzeitige Paracentese und Trepanation des proc. mast. vermieden werden können und betont nachdrücklichst, dass die prophylactische Arbeitsleistung der bisher von den Ohrenärzten ausgeführten Operationen (Paracentese des Trommelfelles, Trepanation des processus mastoideus, Extraction erkrankter Gehörknöchelchen) und überhaupt der durch die Ohrenärzte ausgebildeten rationellen Behandlung der acuten und chronischen eitrigen Mittelohrentzündung zu der curativen Leistung bei einzelnen Fällen von Gehirnabscess- und Sinuseröffnung in einem ähnlichen Verhältnisse stehe, wie die Arbeitsleistung der Hygiene zur Individual-Therapie.

Gomperz.

Digitized by Google

Zur Behandlung der chronischen eitrigen Mittelohrentzündung mit Durchlöcherung der Shrapnell'schen Membran. Von Prof. Dr. Jos. Gruber. (Wien. allg. med. Zeitung No. 1 u. 2, 1891.)

Für die gewöhnlichen Fälle dieser Erkrankungsform, bei denen nicht etwa die Sondenuntersuchung vom Beginne an eine energischere Operationsmethode indicirt, hat sich der Autor auf Grund seiner pathologisch-anatomischen Erfahrungen folgende Methode zurechtgelegt. „Vor Allem muss das Gehörorgan von allen Seiten und nach den Regeln der Kunst desinficirt werden, wobei Gruber gewöhnlich als Spritzwasser zur hauptsächlichen Reinigung von fremden Substanzen Kochsalzlösung verwendet und dann noch 1 ‰ Sublimatlösung in geringer Quantität einspritzt. Mit dem Siegle'schen Trichter verschafft sich nun G. Belehrung über Form und Ausdehnung der Zerstörung an der Shrapnell-schen Membran. Findet G. die Lücke unzweckmässig gelegen oder zu klein, so erweitert er sie durch Incision, häufiger durch galvanocaustische Myringectomie auf das Zweckmässigste für den weiteren therapeutischen Vorgang: die Ausräumung des oberen Trommelhöhlenraumes von den Retentionsmassen und Granulationen, wozu der Autor zumeist scharfe Löffel benutzt. Ist nun der Entzündungsherd von allen schädlichen Substanzen befreit und eine etwaige Blutung gestillt, dann wird der obere Trommelhöhlenraum, soweit es vom äusseren Gehörgange aus durch die Perforation der Shrapnell'schen Membran hindurch möglich ist, mit Jodoform- oder Sublimatgaze tamponirt. Die Tampons sind mit einem Faden versehen und werden mittelst eines, der Gruber'schen Pincette zur Einführung künstlicher Trommelfelle nachgebildeten Instrumentes eingeführt; sie werden 5—8 Tage liegen gelassen und nur dann früher gewechselt, wenn sie sich von Secret durchtränkt oder übelriechend erweisen, oder wenn Schmerz, Fieber etc. es verlangen. Zwei Krankengeschichten illustriren den Werth dieser Methode.

Gomperz.

---

b) Rhinologische:

Anosmie nach 40 Jahren geheilt. (Un cas de guérison d'une anosmie remontant à quarante ans.) Von Dr. d'Aguanno. (Bolletino delle malattie del Orecchio und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 1, 1891.)

Ein 12jähriger Knabe erhielt einen Steinwurf gegen die Stirne. Eiteriger Ausfluss rechts mit Anosmie; später dasselbe links; später auch Verlust des Geschmacksinnes; im Alter von 54 Jahren consultirte er wegen heftigen Rachencatarrhs; Verkrümmung der Nasenscheidewand mit Verstopfung der Nase. Heilung durch Operation. Geruch und Geschmack kehrten schnell zurück.

Verf. betont den Connexus des Geruchs- und Geschmacksinnes, so wie, dass beide oft verwechselt werden. Es ist bekannt, dass wir nur viererlei Geschmack haben, nämlich süss, gesalzen, bitter und sauer; alle übrigen Geschmacksempfindungen sind nur verkappte Geruchsempfindungen, welche durch den Pharyngonasalraum an die Nasenmuscheln gelangen.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Caries der Wandungen des Sinus sphenoidalis. (Carie des parois du sinus sphenoidal.) Von Dr. Quenu. (Société de chirurgie de Paris, Séance du 15 Octobre 1890.)

Fistel am Nasenrücken; Auskratzen half nicht. Die Radicaloperation bestand in Loslösung der Nase im Sulcus nasolabialis, Aufschlagen der Nase, Einschneiden der Mucosa pituitaria, Eröffnen des Sinus mit Einführen eines Drainrohrs. Heilung. Dr. P. K.

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Macroglossie bei einem 6jährigen Kinde. (Macroglossie chez une fillette de six ans.) Von Dr. Gross. (Mémoires de la société de médecine de Nancy, Séance du 12 Février 1890.)

Angeborene Macroglossie, welche aber erst seit 3 — 4 Monaten als Zungenprolapsus besteht und durch Lymphangyom bedingt ist. Verf. räth zur Excision mit dem Messer oder dem Galvanocauter.

Dr. P. K.

Simulirter Mutismus. (Cas de mutisme simulé.) Von Dr. Catrin. (Lyon médical und Revue de laryngol. No. 2.)

Ein 21jähr. Patient giebt an, seit Jahren stumm zu sein. Hysterie ist ausgeschlossen. Während einer strengen Beobachtung von 7 Monaten Dauer brachte Patient selbst im Schlaf keinen Laut hervor. Larynx gesund; Patient dämpft künstlich alle Respirationsbewegungen; bei Druck auf den Unterleib und beim Husten kommt ein Ton hervor. Verf. geht die verschiedenen Entlarvungsmittel, als Contradiction in der Aussage, Ueberredung, Anaesthesie, Einathmen reizender Dämpfe, Berauschen, Suggestion durch und verwirft sie alle. Die Electricität mit Vorsicht ausserhalb des Larynx und in wachsender Stärke angewandt, versagt nie.

Dr. P. K.

Zungenbändchengeschwür unabhängig vom Keuchhusten. (Ulcération sublinguale indépendente de la coqueluche.) Von Dr. Comby. (Courrier médical, Mars 1890 und Revue de laryngol. No. 10.)

Man nahm lange Zeit das fast immer bei Keuchhusten der Kinder vorkommende Zungenbändchengeschwür als specifisch für die Krankheit an; Verf. beweist, dass das Geschwür ganz einfach von dem Herausschnellen der Zunge und dem Reiben an den scharfen Kanten der Schneidezähne herrührt; es kommt bei Bronchitis und sogar bei einfacher Laryngitis vor. Dr. P. K.

Ein frühzeitiges Symptom des Keuchhustens. (Un signe précoce de la coqueluche.) Von Dr. Huguin. (Union médicale du Nord-Est No. 5, 1891.)

Ein sechs- und ein achtjähriges Kind hatten zugleich mit dem beginnenden, gar nicht characteristischen Husten Photophobie mit Pupillenerweiterung; nach einigen Tagen zeigte ein 18jähriges Mädchen dieselben Symptome; nach einigen Tagen bestätigte der pathognomonische Husten die Diagnose. Wohl ist Conjunctivitis mit Thränenfliessen von den

Digitized by Google

Autoren im Anfangsstadium des Keuchhustens angegeben worden, nie aber Photophobie mit Pupillendilatation; Verf. bemerkt, dass dieses Anfangssymptom ohne jedwede vorherige Behandlung, namentlich ohne Anwendung von Belladonna bestand. Dr. P. K.

Beitrag der Complicationen in der Mundhöhle bei Typhus. (Contribution à l'étude des altérations de la bouche dans la fièvre typhoide.) Von Dr. Grellety-Bosviel. (Thèse de Paris und Revue de laryngologie No. 10.)

Sie können theils als Localisationserscheinungen des typhösen Giftes im adenoiden Gewebe der Mundmucosa, theils als Folge der Krankheit und der geringeren Widerstandsfähigkeit der Gewebe betrachtet werden. Man soll die Mundmucosa und die Lebensweise der Typhuskranken in dieser Beziehung überwachen. Dr. P. K.

Spontane Eröffnung einer Zungencyste. (Kyste de la langue ouvert spontanément.) Von Dr. Gallardo. (El Bistouri und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 1, 1891.)

Am Zungenrande sitzt ein harter, abgegrenzter, die Zungenbewegungen hemmender Tumor. Eines Tages platzte der Tumor von selbst, es floss gelbe Flüssigkeit heraus. Heilung. Dr. P. K.

Seröse folliculäre Cyste des Unterkiefers, einen Weisheitszahn enthaltend. (Kyste sereux folliculaire du maxillaire inférieur avec inclusion d'une dent de sagesse.) Von Dr. Eug. Stöckel. (Société de médecine de Strasbourg und Mémoires de la société de méd. de Strasbourg, Tome 25.)

Bekanntlich werden die Unterkiefercysten in periostitische und in folliculäre eingetheilt; letztere entwickeln sich in einem Zahnfollikel, bevor der Zahn durchgebrochen ist. Ein 18jähriger Mann zeigt einen knochenharten, ohne Schmerz seit 10 Wochen entstandenen, 6 und 10 Ctm. in beiden Durchmessern messenden, mit dem Knochen verwachsenen Tumor in der rechten Regio masseterica; am vorderen Rande des Tumor befinden sich einige elastische Stellen, im Munde selbst ist diese Fluctuation viel deutlicher; der Weisheitszahn fehlt rechts und es fehlt sogar die von ihm einzunehmende Stelle; das Gegentheil findet sich links. Nach Cocainisirung wird die Cyste im Munde geöffnet; man vermied auf diese Weise die Narbe sowie die Verletzung der Facialisäste und des Ductus Stenonianus; es flossen 140—150 Gramm reinen Serums heraus und man zog mittelst einer Zange den Weisheitszahn aus; die alle 2 Tage mit Jodoformgaze ausgestopfte Wunde heilte langsam. Dr. P. K.

Enchondrom der Parotis. (Enchondrome de la parotide.) Von Dr. Le Dentu. (Journal des connaissances médicales und Revue de laryngol. No. 11, 1891.)

Der harte Tumor ist noch beweglich, und dennoch betont Verf. die grossen Gefahren der Operation: Anschneiden der Carotis externa und Durchschneiden des Nervus facialis mit ihren Folgen. Eine anscheinend leichte Operation ist in dieser Gegend gefährlich. Dr. P. K.

Digitized by Google

Schnelles und sicheres Mittel, die Epiglottis in die Höhe zu heben. (Moyen certain et expéditif de relever l'épiglotte.) Von Dr. Davila Boza. (Revista medica de Chile und Revue de laryngol. No. 2.)

Die Erstickungsanfälle während der Chloroformnarcose kommen von dem Zurückfallen der Zungenbasis und dem Senken der Epiglottis; man soll den Kopf und Hals des Patienten in forcirter Extension nach hinten bewegen. Die Epiglottis, wegen ihrer Verbindung mit dem Unterkiefer mittelst des Ligamentum hyoepiglotticum, dem Os hyoideum, den Musculi genio- und mylohyoideis hebt sich nothwendiger Weise.

Dr. P. K.

Phlegmone nach Influenza; parapharyngealer tiefer Abscess. (Complication phlegmoneuse dans la convalescence de la grippe; phlegmon latéropharyngien.) Von Dr. Vilcoq. (Union médicale du Nord-Est, Juni 1890.)

Eine 27jährige Patientin bekommt in der Reconvalescenz von Influenza einen tiefen, am rechten Unterkieferwinkel sitzenden Abscess, der durch seine localen und allgemeinen Erscheinungen lebensgefährlich war. Es wurde in einer dem aufsteigenden Ast des Unterkiefers parallelen, etwa 2 Ctm. nach hinten vom Unterkieferwinkel gelegenen Linie ein 6 Ctm. langer Schnitt gemacht und auf der Hohlsonde bis in die Tiefe präparirt, trotzdem keine Fluctuation zu fühlen war; man stiess endlich auf einen Jaucheherd. Verf. nimmt eine infectiöse Angina als Ausgangspunkt an; die Entzündung hätte sich so auf die lateralen Pharynxganglien, das Zellgewebe, das die Gefässe und Nerven des Halses umgiebt, und in den Maxillopharyngealraum fortgesetzt. Die Influenza hat also hier wie alle anderen infectiösen Krankheiten, wie Masern, Scharlach, Pocken, Typhus etc. gewirkt, bei welchen ebenfalls die peripharyngealen Abscesse vorkommen.

Dr. P. K.

Demonstrationsmethoden der Larynxbewegungen. (Méthodes de démonstration des mouvements laryngiens.) Von Dr. Franklin H. Hooper. (Congrès international de Berlin und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12, 1890.)

Professor Henry P. Bowditch in Boston und Verf. haben seit einigen Jahren die Bewegungen der Larynxknorpel und der eigentlichen Larynxmuskeln an Thieren probirt und geben in der betreffenden Arbeit ihre Resultate nebst den zu den Untersuchungen angewandten Apparaten nebst Illustrationen.

Dr. P. K.

Acute Entzündung der Articulatio cricoarytaenoidea. (Arthrites aigues de l'articulation cricoaryténoidienne.) Von Dr. Lacoarret. (Revue de laryngologie No. 11, 12 und 13, 1891.)

Anatomisch den übrigen Körpergelenken ähnlich, kann dieses Gelenk ebenso wie letztere acut entzündet werden, besonders da es durch seine Lage und seinen geringen Schutz vielen Insulten ausgesetzt ist. Die spontane, idiopathische Arthritis besteht, wenn auch selten; geht von der Schleimhaut aus. Die secundäre Gelenkentzündung kann zu allen möglichen acuten und chronischen Krankheiten hinzutreten und ist bei Weitem die häufigste. Die traumatische Arthritis kommt seltener vor. Die

Digitized by Google

rheumatische Arthritis wird von allen Autoren angenommen und wurde jedenfalls oft mit acutem Glottisoedem verwechselt. Die infectiöse Gelenkentzündung kommt namentlich bei Typhus vor; Verf. giebt deren Entstehungsweise. Die syphilitischen Gelenkentzündungen sind selten. Der pathologisch-anatomische Befund stimmt mit dem der anderen Gelenkentzündungen überein. Die Allgemeinsymptome sind fast Null, und wenn solche bestehen, muss man selbe auf das Allgemeinleiden zurückführen. Die Stimmstörungen hängen von dem concomittirenden Catarrh der Mucosa und namentlich von der permanenten Abduction der Stimmbänder ab; man beobachtet alle Nuancen zwischen normaler Stimme und totaler Aphonie. Das Respirationshinderniss hängt von dem Grade der Schwellung, besonders aber von dem Grade der Adduction der Stimmbänder ab; es ist blos inspiratorisch; in den meisten Fällen aber beim Inspirium sowohl wie beim Exspirium. Der autochthone Schmerz ist ein constantes Symptom bei den idiopathischen Entzündungen, fast Null bei den secundären infectiösen. Husten ist selten; manchmal ist der Athem foetid. Im Laryngoscop wird die Schwellung leicht mit Oedema glottidis verwechselt. Die mehr weniger ausgesprochene Unbeweglichkeit der Cartil. cricoideae bildet ein constantes Symptom; dabei ist zu bemerken, wie schon P. Tissier hervorgehoben hat, dass bei dem geringsten Leiden der Platte des Ringknorpels die Cricoarytaenoidei postici in Mitleidenschaft gezogen werden, dass in Folge dessen ein Ueberwiegen der Adductoren eintritt; dieses Moment ist bei der bestehenden Unbeweglichkeit der Stimmbänder in Betracht zu ziehen. Beim Eiterdurchbruch wird die Röthe blässer, es entstehen Geschwüre, Eiter und selbst Knorpel werden ausgeworfen. Bei der Diagnose sind ausser dem laryngoscopischen Bilde der Schmerz bei äusserem Druck, sowie die Steigerung der Schmerzen bei Phonationsversuchen zu beobachten. Die Differentialdiagnose ist mittelst der Anamnese leicht. Alle möglichen Complicationen können eintreten. Prognose und Verlauf sind verschieden, wie leicht ersichtlich ist. Die Behandlung ist eine locale und eine allgemeine; Schmerz, Entzündung, Respirationsbeschwerden müssen bekämpft werden. Verf. giebt am Schlusse seiner genau durchgeführten Abhandlung eigene und fremde Beispiele von Arthritis a frigore, durch fortgepflanzte Entzündung entstandener, traumatischer, rheumatischer, blennorrhoischer, infectiöser Arthritis. Dr. P. K.

Aussergewöhnliche Complication der Tracheotomie bei Greisen. (Complication extraordinaire de la trachéotomie chez les vieillards.) Von Dr. Michaël. (Congrès international de Berlin und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10.)

Bei Erwachsenen kommen plötzliche Todesfälle gleich nach Ausführung der Tracheotomie vor, ohne dass die Section die Todesursache erklärt. Verf. giebt 2 Beispiele als Beleg; der erste Kranke erlag; bei dem zweiten kam Verf. auf den Gedanken, die Resection der Ränder der Trachealwunde zu machen und der Kranke kam wieder zu sich. Verf. nimmt in solchen Fällen eine wegen der Ossificirung der Trachealknorpel stärker ausfallende Reizung der Trachealmucosa und in Folge dessen einen Diaphragmakrampf an, welch' letzterer zum Tode führt.

Digitized by Google

Manuelles Verfahren bei der Tracheotomie bei Erwachsenen. (Contribution à l'étude du manuel opératoire de la trachéotomie chez l'adulte.) Von Dr. J. Glover. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 5, 1890.)

Hautschnitt mit dem graden Messer, die subcutanen Hautschichten unberührt lassend; der Schnitt geht vom Tuberculum cricoideum bis tief zum Sternum, so dass nach eingeführter Canüle zwei Nähte nöthig erscheinen. Die Aponeurosen werden mit der starken, zugespitzten Hohlsonde durchschnitten, die Blutgefässe seitlich entfernt und die Trachea blossgelegt; dies kann sich ohne Messer in den meisten Fällen vollziehen. Genügt die Hohlsonde nicht zum Durchtrennen der Aponeurosen und zum Beiseiteschieben der Muskeln, so soll man den Thermocauter anwenden. Der Trachealschnitt soll mit dem Messer ausgeführt werden. Auf diese Weise werden alle Blutungen vermieden und die unangenehmen Eigenschaften des Thermocauters gelten nicht. Dr. P. K.

Uebertragung von Diphtheritis der Vögel auf den Menschen. (De la transmissibilité de la diphthérie aviaire à l'homme.) Von Dr. Barbier und Dr. Schrevens. (Annales de la société médico-chirurgicale de Liège No. 4, 1891.)

Verff. erzählen ein untrügliches Beispiel von Ansteckung der Diphtheritis von italienischen Hühnern auf den Menschen; der Fall ist desto beweisender, da die Diphtheritis, welche doch eine Kinderkrankheit ist, auf eine 67jährige Frau übertragen wurde. Dr. P. K.

Catameniale Larynxblutungen. (Cas d'hémorrhagies laryngées cataméniales.) Von Dr. C. Compaired. (Boletin clinico de Lerida und Revue de laryngologie No. 8.)

Ein 25jähriges und ein 21jähriges Mädchen, nervös, hysterisch, anämisch; Regeln unregelmässig; wenn selbe nicht eintraten, so zeigten sich laryngeale Congestionen mit submucösen Blutunterlaufungen, saniösem Auswurf, Bronchitis, Lungen intact. Eisen, Brom, kaltes Wasser brachten Heilung. Dr. P. K.

Laryngotrachealfractur. Verwachsung der Stimmbänder. Ueberzählige Glottis. (Fracture laryngotracheale. Fusion des cordes vocales. Glotte supplémentaire.) Von Dr. Desvernine-Galdos. (Revista de Cicucias medicas und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10.)

Die Möglichkeit einer ausgedehnten seitlichen Verschiebung, die Elasticität der Larynxknorpel selbst, das relative Tieferliegen als Kinn und Thorax machen die Larynxfracturen glücklicher Weise zur Seltenheit. Die Gewalt muss direct auf den Larynx in der Richtung zu der unnachgiebigen Wirbelsäule oder zwei zugleich eintretende Schläge müssen beide Larynxseiten in entgegengesetzter Richtung treffen, damit eine Larynxfractur eintrete. Der Tod tritt durch Erstickung oder durch Emphysem ein.

Verf giebt die Geschichte eines Falles von Larynxfractur, wo die gerötheten Stimmbänder verwachsen waren und nur einen kleinen elliptischen Spalt in der vorderen Commissur zwischen sich liessen; die Stimme

Digitized by Google

war dysphonisch, von tiefem, monotonem, sich in engen Grenzen bewegendem Tone; die falschen Stimmbänder functionirten mehr weniger wie sonst die wahren es thun, blos langsamer. Dem laryngoscopischen Bild entsprechend, fand man bei der Section Atrophie der eigentlichen Larynxmuskeln, Ankylose des Cricoarytänoidalgelenkes und auffallende Hypertrophie der Muskelbündel der falschen Stimmbänder, sowie der aryepiglottischen Falten.

Der Fall ist interessant, weil die Tracheotomie nicht gleich nach dem Unfall nöthig war, was auf keine Verschiebung der Bruchenden hinweist; selbe wurde erst später nöthig, als der Entzündungsprocess die Stimmbänder ergriff und zu deren Verwachsung führte. Der 17 Jahre nach dem Unfall an Lungentuberculose gestorbene Patient bewies ferner, dass die falschen Stimmbänder bis zu einem gewissen Grade die Sprechstimme, nicht aber die Sing- und Lachstimme ersetzen können, dass also durch die obere Larynxapertur bis zu einem gewissen Grade eine Glottis supplementaria gebildet werden kann. Dr. P. K.

Mittheilungen und Discussion über die in den Dresdener Krankenanstalten bei Anwendung des Koch'schen Verfahrens gemachten Beobachtungen. (Jahresbericht der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Dresden 7.—28. Februar 1891 und Correspondenzblatt des ärztlichen Kreis- und Bezirks-Vereins Sachsen No. 7, 1891.)

Es sei nur das auf die Kehlkopf-Tuberculose Bezügliche hervorgehoben und bemerkt, dass die Tuberkulin-Behandlung allenthalben genau in der damals von Prof. Koch vorgezeichneten Weise ausgeführt wurde. Fischer (II. innere Abtheilung des Stadtkrankenhauses) theilt mit, dass im Kehlkopfe niemals typische Reactionen beobachtet wurden. Einige Kranke zeigten während der Behandlung neue Geschwüre. Bemerkenswerth indessen war ein junges Mädchen, welches auf der hinteren Kehlkopfwand ein auf infiltrirter Basis sitzendes, wie ein Krönchen aussehendes tuberculöses Ulcus darbot; dasselbe liess nach der 24. Injection von 30 Milligramm (in Summa hatte sie bis dahin 375 Milligramm erhalten) eine deutliche Abflachung und Verkleinerung erkennen. F. warnt, die Behandlung in zu raschem Tempo auszuführen, etwa eintretendes Reactionsfieber muss erst völlig abklingen vor der nächsten Einspritzung; ob dieses Reactionsfieber überhaupt nöthig zur Erzielung eines Erfolges, erscheint ihm mindestens zweifelhaft, zweifellos aber, dass ein sich einstellendes continuirliches Fieber entschieden als Gegenanzeige gegen Fortsetzung der Behandlung anzusehen ist. — Schlesinger berichtet über 6 Fälle von Kehlkopf-Tuberculose, die mit Tuberkulin behandelt wurden. Darunter war ein Fall mit etwas vorgeschrittener, zwei mit ganz geringer, drei ohne jede nachweisbare Lungen-Tuberculose. Die Tuberculose des Kehlkopfs selbst war in mässigen Grenzen ulcerös oder infiltrativ; in einem Fall nur stark stenosirend, so dass auf die Möglichkeit einer Tracheotomie Bedacht genommen wurde. Sch. meint, dass bei genannten Fällen das Mittel für die Diagnostik unzuverlässig und unbrauchbar gewesen sei. Die locale Reaction war theils ganz minimal, meist blieb sie ganz aus, sowohl bei kleinen, als auch bei grösseren Dosen. Auch Fieberreaction fehlte fast stets, sowohl Anfangs bei kleinen, als auch später bei grösseren Gaben. Die wenigen Male, wo höheres

Digitized by Google

Fieber auftrat, bewiesen, dass das Ausbleiben nicht an der Lymphe lag. 4—6 Wochen nach Beginn der Injectionen war der Befund entweder gar nicht oder nur sehr wenig geändert. Irgend eine erhebliche Verschlimmerung unter der Kur oder durch dieselbe ist allerdings auch nicht beobachtet worden. Einmal sah Sch. bei einer acuten Angina, die während der Behandlung entstand, die Bildung miliarer und submiliarer grauer, durchscheinender Knötchen an der Tonsille, der benachbarten Pharynxschleimhaut und im tuberculös erkrankten Larynx. Nach sofortigem Aussetzen der Injectionen waren jene spontan schon nach ein bis einigen Tagen völlig verschwunden, nachdem diejenigen im Kehlkopfe sich zum Theil vorher in kleine folliculäre Abscesschen umgewandelt hatten. Sch. betrachtet diese Gebilde als „tuberkulinöse" Entzündungsproducte ziemlich unschuldiger Art; sicherlich seien es, das lehre der klinische Verlauf, keine echten Tuberkelknötchen. Schwierig, meint Sch., sei die Entscheidung, wie lange und bis zu welchen Dosen man injiciren solle, für den therapeutischen Werth des Mittels werde maassgebend sein, wie man bei der scheinbar so langen Dauer der Kuren mit demselben fernerhin auch zu Haus ohne Mitwirkung klimatischer Kuren Kranke mit Erfolg werde behandeln können.

Hecker sah bei einem Falle von mit Kehlkopf-Tuberculose combinirter Lungenphthise die erstere durch das Tuberkulin so günstig beeinflusst, dass die anfänglich bestandene Aphonie bis jetzt (Anfang Juni) geschwunden ist. Beschorner verbreitet sich insbesondere über zwei Fälle von mit Tuberkulin behandelten Kehlkopfphthisen, weil sie gewissermaassen als Repräsentanten für zwei extreme Formen und Stadien der Kehlkopf-Tuberculose und ihrer Combination mit Lungen-Tuberculose gelten können, nämlich: vorgeschrittene Larynxphthise mit ganz geringer Lungenaffection und vorgeschrittene Lungenphthise mit ganz geringer Larynxaffection.

Der erste, einen 26jährigen Tischler betreffend, hereditär schwer belastet, zeigte eine ziemlich beträchtliche Infiltration des linken Taschenbandes, das wahre Stimmband derselben Seite bis auf sein hinteres Drittheil bedeckend. Dieses selbst intact. Das erwähnte Taschenband wies ein oberflächliches Geschwür auf. Beide ary-epiglott. Falten leicht ödematös geschwellt, nicht ulcerirt. An der vorderen Fläche der hinteren Larynxwand die zackigen Ränder eines nach der Tiefe zu sich fortsetzenden Ulcus bemerkbar. Untersuchung der Lungen ergab ein nahezu negatives Resultat. Kein Fieber. Geringer Auswurf. Spärliche Bacillen. — Beginn der Behandlung nach Koch am 10. December. Fortsetzung derselben bis 6. Februar. Höchste Dosis 75 Milligramm, Gesammtverbrauch 861 Milligramm. Allgemeine Reaction Anfangs gleich Null; die Temperatur erhob sich erst bei den höheren Gaben bis 38°. Der Kehlkopf, genau controlirt, zeigte niemals Schwellungen, Congestion, Losstossung von Gewebstheilen oder irgend welche aussergewöhnliche Erscheinungen, welche man auf Conto der Tuberkulin-Behandlung hätte setzen können, vielmehr nahm der destruirende Process einen fortschreitenden Verlauf, so wie bei Kehlkopfphthisikern ohne besondere Behandlung. Bald trat über den Clavicula linkerseits deutliche Dämpfung, consonirendes Rasseln auf, und auch rechts machten sich Erscheinungen bemerkbar, welche auf ein Fortschreiten des tuberculösen Processes auch auf die

Digitized by Google

andere Lunge schliessen liessen. Da eine Febris continua eintrat, günstige Erfolge von der Fortsetzung der Behandlung nicht mehr zu erwarten standen, wurde Patient auf sein Drängen entlassen. — (Er starb wenige Monate darauf.)

Der zweite Fall, eine 31 Jahre alte, hereditär nicht belastete Dame, zeigte Infiltration des rechten oberen Lungenlappens. Laryngoscopisch liess sich nur Catarrh des Kehlkopfes nachweisen. Nach einer bekannten Schwindsuchtsheilanstalt geschickt, begann man am 21. Novbr. mit den Koch'schen Injectionen und setzte dieselben 8 Wochen lang, bis zur Einzeldosis von 10 Milligramm, fort. Die allgemeinen Reactionen waren stets äusserst heftig; indessen Pat. kam mehr und mehr herunter, es stellten sich schwere Erscheinungen von Seiten des Kehlkopfes ein, und als die Kranke Ende Januar wieder nach Dresden zurückkehrte, fand sich eine floride Larynxphthise vor. Der Process in den Lungen hatte weitere Fortschritte gemacht. — B. legt zum Schlusse die Monographie von Lennox Browne vor, in welcher dieser über die Behandlung von 20, in verschiedensten Stadien befindlichen Larynxphthisikern berichtet und resumirt, dass Besserung der Geschwüre in vielen, wirkliche Heilung (actuel healing) in 5 Fällen zu verzeichnen war. Redner giebt, ohne aus dem von ihm namentlich auch im Stadtkrankenhause beobachteten, immerhin noch geringen Materiale weitgehende Schlüsse ziehen zu wollen, seinem Bedauern Ausdruck, dass die in Dresden erzielten Resultate von mit Tuberkulin behandelten Larynxphthisen hinter den mannigfach von anderwärts gemeldeten, speciell von Lennox Browne verzeichneten so weit zurückstehen. Beschorner.

Anwendung der Kohlensäure bei Larynx- und Lungenleiden. (Du gaz acide carbonique et de son emploi dans les maladies du larynx et des voies respiratoires.) Von Dr. Lamallerée. (Revue de laryngologie No. 2.)

Wirkt als Anaestheticum, nachdem sie vorher Reizerscheinungen hervorgerufen hat. Mit Erfolg als Inhalation und als Clystier angewandt. Dr. P. K.

Fremdkörper im Larynx. (Cas de corps étranger au larynx.) Von Dr. Capart. (La clinique, Januar 1890 und Revue de laryngol. No. 8.)

Ein 2 Ctm. langes und ½ Ctm. breites Knochenstück stak im Larynxeingang eines 11jährigen Kindes; Tracheotomie wegen Erstickungserscheinungen; in der Chloroformnarcose wurde das Knochenstück mit den Fingern herausgeholt. Verf. betont die grosse Toleranz des Larynx, in welchem der Knochen während 32 Tagen gesessen hatte, ohne reactive Entzündung hervorzurufen. Dr. P. K.

Morbus Basedowi. (Goître exophthalmique.) Von Dr. Lamy. (Journal des connaissances médicales und Revue de laryngol. No. 11, 1891.)

Ein 65jähriger Mann hat seit 25 Jahren einen retrosternalen Kropf, der mit dem Pericardium verwachsen war; während der 6 letzten Monate seines Lebens hatten sich erst die Zeichen des Morbus Basedowi entwickelt; sie waren also secundär, und in solchen Fällen zeigt sich die Chirurgie als Heilmittel. Dr. P. K.

Digitized by Google

Elastische Compression der Glandula thyroidea in der Basedow'schen Krankheit. (La compression élastique du corps thyroide dans la maladie de Basedow.) Von Dr. Mac Nalty. (Semaine méd. No. 44.)

Durch leichte Compression des Corpus thyroideum mittelst einer Martini'schen Binde tritt viel Erleichterung ein; die Binde wird bei Tage getragen und Abends abgelegt. Gegen das unausstehliche Klopfen im Corpus thyroideum wird Collodium belladonnatum mit Erfolg aufgepinselt. Dr. P. K.

Druck auf den Hals bei Bulbärkrisen der Dyspepsie. (De la compression du cou dans les crises bulbaires de la dyspepsie.) Von Dr. D'Ardennes. (Semaine médicale No. 44.)

Professer Mossé in Montpellier hat auf die hemmende Wirkung der Halscompression bei den bulbären tabetischen Crisen hingewiesen; die Anfälle von Dyspnoe und von Thorax- und Halsconstriction können so regelmässig zum Schwinden gebracht werden Verf. litt persönlich in Folge anhaltender Dyspepsie an solchen dyspnoetischen Anfällen mit Constriction des Thorax und des Halses, mit Arhythmie und Stenocardie; durch Druck auf die seitlichen Halstheile verschwinden diese Anfälle regelmässig. Potain erklärt diese durch Dyspepsie hervorgerufenen Erscheinungen durch Reflexe, welche sich theils direct auf den Plexus cardiacus (Arhythmie und Herzklopfen), theils auf die Lungencapillaren und indirect auf das rechte Herz ausdehnen (schneller Puls, Angstgefühl, Druck in der Herzgegend, Hypertrophie des rechten Ventrikels). Nach den Experimenten, welche Verf. an sich selbst ausgeführt hat, war es ganz einerlei, an welchem Punkte man drückte, man konnte sogar auf die Halswirbelsäule drücken; andere Hautreize am Halse (Ausrupfen von Barthaaren) brachten denselben Erfolg; man kann also die Wirkung des Vagus durch Druck ausschliessen. Dr. P. K.

Dermoidcyste am Halse. (Kyste dermoide du cou.) Von Dr. Regnier. (Journal de médecine de Bordeaux und Revue de laryngol. No. 11, 1891.)

Bei einem 9jährigen Kinde wurde eine hühnereigrosse, bewegliche, mit der Haut nicht verwachsene, die Larynxbewegungen beim Schluckacte mitmachende linksseitige Geschwulst entfernt, welche etwas trübe Flüssigkeit und reisartige Massen enthielt. Es scheint ein Stück Ectoderm zufällig bei der Entwickelung in einer Pharynxkieme eingeklemmt worden zu sein, so wie Lannelongue es einmal nachgewiesen hat. Dr. P. K.

Laryngitis haemorrhagica und Influenza. (La laryngite hémorrhagique et l'influenza.) Von Dr. Marano. (Archivi ital. di laring. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 1, 1891.)

Drei Kranke zeigten während eines Influenza-Anfalles Dysphagie, rauhe Stimme, Husten und blutigen Auswurf. Die gewöhnliche Laryngitis haemorrhagica unterscheidet sich nur durch die Dysphagie von derjenigen, welche während der Influenza auftritt. Dr. P. K.

Digitized by Google

Einfluss der Schwangerschaft auf gewisse Arten von Laryngitis sicca. (Influence de la grossesse sur certaines formes de laryngite sèche.) Von Dr. R. Botey. (Archivos internation. de lar. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 1, 1891.)

In drei Fällen von Pharyngolaryngitis sicca verschwanden die lästigen Symptome während der Schwangerschaft, um nach der Entbindung wieder einzutreten. Bedenkt man den innigen Zusammenhang der genitalen weiblichen Sphäre mit den ersten Luftwegen, so kann man annehmen, dass in diesen drei Fällen das Zusammentreffen nicht Zufall ist.

Dr. P. K.

Primäres Larynxoedem. (Oedème aigu primitif du larynx.) Von Dr. Bernardino Martino. (Progresso medico und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 1, 1891.)

Das wirkliche Oedem ist so selten, dass solche Fälle die Veröffentlichung rechtfertigen. Immer in Folge einer starken Erkältung, plötzlich eintretend, rasch verlaufend, durch Tracheotomie immer geheilt.

Dr. P. K.

Polypöse und papilläre Larynxtumoren. (Tumeurs polypeuses et papillaires du larynx.) Von Dr. E. Koeberlé. (Société de médecine de Strasbourg und Mémoires de la société de médecine de Strasbourg, Tome 25.)

Ein 57jähriger Schlosser wurde wegen Larynxtumoren von aussen operirt. Die vom Verf. selbst hervorgehobenen wichtigen Punkte der Operation sind folgende: 1) die Laryngotomie wurde gemacht ohne vorherige Tracheotomie; 2) die Operation wurde bei herabhängendem Kopfe, um den Eintritt des Blutes in die Trachea zu verhindern, ausgeführt; 3) die Nachbehandlung bestand in fortwährendem Offenhalten der Larynxwunde während 3 Wochen mittelst eines federnden Eisendrahtes und zweier durch den betreffenden Schildknorpelflügel durchgeführter Seidenfäden und in dem Einführen einer kurzen, verschlossenen Canüle, welch' letztere nicht zum Athmen, sondern zum Ueberwachen der Recidive diente.

Dr. P. K.

Laryngostenose nach Perichondritis nach Typhus. (Laryngosténose consécutive à une périchondrite dans le cours de la fièvre typhoide.) Von Dr. Ronkovitsch. (Revue de chirurgie und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 5, 1890.)

Tracheotomia superior half nicht; man machte die Laryngotomie, welche einen Tumor über dem linken Stimmbande zeigte; eine Fistel wurde geöffnet, ein Sequester entfernt, der Tumor mittelst Thermocauter zerstört. Verf. räth, in ähnlichen Fällen immer auf diese Weise zu verfahren.

Dr. P. K.

Ueber Trachealtumoren. (Sur les tumeurs de la trachée.) Von Dr. Paul Koch. (Congrès international de Berlin und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10.)

Verf. giebt die Krankengeschichten zweier letal endenden Fälle von Trachealtumoren, welche wegen ihrer grossen Seltenheit von Interesse

Digitized by Google

sein dürften. Diese beiden Fälle werden am besten im Original nachgelesen. Das Laryngoscop ist bei der Diagnose der Trachealtumoren bei Weitem nicht von so grossem Nutzen, wie bei Larynxtumoren; die Prognose ist schlecht, trotz aller rechtzeitig ausgeführten Operationen. Verf. kommt am Ende seiner Abhandlung zu folgenden Schlüssen: 1) Wenn ein Trachealtumor Dyspnoe hervorruft, so ist er nothwendiger Weise schon weit entwickelt; die meisten Fälle werden erst in diesem Stadium von den Aerzten beobachtet. 2) Trachealpfeifen beweist also, dass der Tumor gross ist, dass er das Leben bedroht und dass die tiefe Tracheotomie gleich ausgeführt werden soll. 3) Die Exstirpation per vias naturales soll nur bei nicht bestehender Dyspnoe versucht werden, welche Fälle selten sind. 4) Immer soll die tiefe Tracheotomie ausgeführt werden; man soll die Koenig'sche, die Demarquay'sche und die Tamponcanülen zur Hand haben.

Dr. P. K.

Verstopfung der Trachea durch eine verkäste Lymphdrüse. (Obstruction de la trachée par un ganglion caséeux.) Von Dr. Parker. (Société clinique de Londre, Séance d'ouverture.)

Eine käsige Drüse drang durch Verschwärung in die Trachea und verursachte Erstickungstod. Das ein Jahr alte Kind bekam plötzliche Dyspnoe, die Tracheotomie half nicht; die Drüse befand sich an der Bifurcation.

Dr. P. K.

Zur Lehre der Fremdkörper der obersten Luftwege. (Contribution à l'étude des corps étrangers des voies aériennes.) Von Dr. Moure. (Mémoires et Bulletins de la société de médecine et de chirurgie de Bordeaux 1889.)

Die Fälle sind als häufig in der Literatur zu bezeichnen, und dennoch zeigt jeder einzelne Fall für die Praxis werthvolle Eigenthümlichkeiten; aus diesem Grunde giebt Verf. die genauen Krankengeschichten seiner 11 theils operirten, theils nicht operirten Fälle und die practischen Folgerungen, welche aus denselben erhellen. Verf. giebt dann die allgemeinen Grundsätze, welche in solchen Fällen zu beobachten sind, und kommt zu dem Schlusse, dass in allen Fällen so früh als möglich die Tracheotomie mit dem Messer, nicht mittelst Galvanocauter oder Thermocauter, ausgeführt werden soll.

Dr. P. K.

Partielle Verstopfung der Bronchien durch Fremdkörper. (Obstruction partielle des bronches par des corps étrangers.) Von Dr. Bryant. (Bull. médical und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 5, 1890.)

Dunkles Lungenleiden in Folge des Eintretens eines Fremdkörpers in die Bronchien; Tod. In einem zweiten Falle machte Verf. mit Erfolg die Tracheotomie, ehe das Lungenleiden sich ausbilden konnte; Heilung. Verf. räth in allen ähnlichen Fällen die Tracheotomie zu machen, wenn auch gar keine Dyspnoe besteht.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Plötzlicher Tod während eines asthmatischen Anfalles. (Mort subits dans l'asthme.) Von Dr. Combemale. (Bull. médical du Nord No. 18.)

Ein 40jähriger Mann zeigt Anfälle von hartnäckigem Erbrechen, Tachycardie und Dyspnoe, welche Symptome blos abwechselnd, selten zusammen auftraten, so dass Patient keine freien Stunden hatte. Die Diagnose wurde mit Recht auf functionelle oder organische Veränderung der Pneumogastrici oder der Bulbi gestellt. Potio Rivieri, Aconit und Schröpfköpfe brachten immer Linderung, ohne die Recidiven zu verhindern. Plötzlicher Tod während eines Anfalles. Die wegen des obwaltenden Interesses genau ausgeführte Section ergab keine groben Veränderungen, sondern man fand nur Tracheitis catarrhalis; es hatte sich also um eine Reflexneurose, welche G. Sée „Pseudoasthma" nennt, gehandelt; nach diesem Autor sind dies die einzigen Fälle, welche bisher plötzlich zum Tode geführt haben. Dr. P. K.

Venöse Varices des Oesophagus bei Potatoren. (Les Varices véneuses de l'oesophage dans l'alcoolisme chronique.) Von Dr. Letulle. (Société médicale des hôpitaux, Séance du 17 Octobre 1890.)

Patient starb an bedeutenden und oft sich wiederholenden Blutungen. Die Section ergab bedeutende Venenerweiterungen in der Speiseröhre. Leber und Magen intact, Milz sclerosirt. Das Leiden kommt oft bei Säufern vor, seine Entstehungsweise ist aber nicht erklärt; Lebercirrhose als Ursache fehlt oft, man muss directen Reiz der Oesophagusmucosa als ursächliches Moment annehmen. Dr. P. K.

Lähmungen des Musculus aryarytänoideus. (Des paralysies du muscle aryaryténoidien.) Von Professor Dr. Proust und Dr. Tissier. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 5, 1890.)

Viel häufiger, als allgemein angenommen wird; sie sind von den Lähmungen der einzelnen Larynxmuskeln die häufigsten. Verff. geben 4 hierher bezügliche Krankengeschichten, von denen die dritte sehr interessant ist. Die Anatomie des Aryarytenoideus ist festgestellt; seine physiologischen Functionen sind aber nicht genau beschrieben, indem bei normalen Tönen oft ein Spalt an der hinteren Commissur bleibt. Totale Lähmung des Muskels bringt Aphonie, Parese vermindert die Intensität und die Höhe des Tones. Alle Ursachen der Lähmung lassen sich auf Hysterie und Catarrh zusammenfassen. Dr. P. K.

Neuritis des Recurrens durch Druck, Phonationslähmung der Stimmbänder. (Névrite du recurrent par compression et paralysie phonatoire des cordes vocales.) Von Dr. Velluti. (Riforma medica und Revue de laryngologie No. 2.)

Ein 35jähriger tuberculöser Mann zeigt Fistelstimme und Empfindlichkeit bei Druck auf den Larynx. Die Section liess centrale Lähmung und locale Larynxerkrankung ausschliessen; es bestand Druck auf den Recurrens durch Ganglien der Trachea und der Bronchien. Die microscopische Untersuchung ergab Nervenzerstörung. Dr. P. K.

Digitized by Google

Zwei Fälle von Oesophagotomia externa wegen Fremdkörper. (Deux cas d'oesophagotomie externe pour corps étrangers.) Von Dr. Roersch. (Clinique chirurgicale de l'université de Liège und Annales de la société médico-chirurgicale de Liège No. 4, 1891.)

Im ersten Falle war von einem 64jährigen Manne ein 4 Zähne und 2 Haken tragendes falsches Gebiss verschluckt worden; die Extractionsversuche gelangen nicht. Die classische Oesophagotomie wurde 40 Stunden nach dem Unfall ausgeführt. Tod am selben Abend. Patient litt an einem Herzfehler und war Epileptiker.

Im zweiten Fall handelte es sich um ein 5jähriges Mädchen, welches einen Manschettenknopf verschluckt hatte. v. Winniwarter führte diese zweite Operation mit besserem Endresultate aus; sie wurde 18 Stunden nach dem Unfall ausgeführt und die Heilung war nach 15 Tagen vollständig. Dr. P. K.

Ueber kalte Abscesse der Brustwandungen; Mediastinitis tuberculosa. (Des abcès froids des parois thoraciques; médiastinites tuberculeuses.) Von Dr. Tuffier. Semaine médicale No. 46. — Clinique chirurgicale de l'hôpital Cochin.)

Interessante Erklärung des Entstehens von 4 kalten Abscessen der äusseren Brustwand in Folge von tuberculöser Mediastinitis; eigentlich bestehen 2 Abscesse, ein äusserer, ein innerer, welche mit einer knopfförmigen Oeffnung in Verbindung stehen. Diese Oeffnung entspricht der in jedem Intercostalraum 3 Ctm. nach aussen vom Sternum gelegenen Austrittsöffnung der Intercostalnerven, der Blut- und Lymphgefässe; bekanntlich suchen der Eiter und überhaupt die krankhaften Secrete immer das diese Gebilde umgebende und am leichtesten zu durchdringende Bindegewebe zu ihrer Weiterbewegung auf. Diese inneren, vom Mediastinum ausgehenden Abscesse sind wenig tief, aber desto mehr in der Fläche ausgedehnt; ihre tiefe Wand ist durch die verdickte Pleura oder das Pericardium, ihre äussere durch die Intercostalmuskeln und die innere Fläche der Rippen gebildet. Dieser pathologisch-anatomische Bau der doppelten kalten Thoraxabscesse erklärt die Unzulänglichkeit der Eröffnung, der Jodoformäther-Einspritzungen und des Auskratzens. Man muss den äusseren Abscess in seiner ganzen Ausdehnung eröffnen, eine kranke Stelle am Knochen (Rippe oder Sternum) aufsuchen; findet man keine, so muss man sich nicht mit der Diagnose von Periostitis begnügen, sondern durch die Eingangsöffnung der Blut- und Lymphgefässe und Nerven sondiren, dann die Rippen und Sternum in ausgiebiger Weise reseciren, ausputzen, die Hautränder per primam zu vereinigen suchen und drainiren. Dr. P. K.

Seltene Complication eines pleuritischen Exsudates: Pleuro-Oesophagealfistel. (Sur une complication rare de la pleurésie purulente: la fistule oesophago-pleurienne.) Von Dr. Letulle. (Hôtel Dieu de Paris und Semaine médicale No. 44.)

Ein rechtsseitiges, eitriges, pleuritisches Exsudat gab nach eine Zeit lang vorhergegangener Punction und täglichen Ausspülungen im sechsten Monat seines Bestehens eine Pleuro-Oesophagealfistel; das Drainrohr konnte nicht beschuldigt werden, da nach Verf.'s Methode das Rohr um-

Digitized by Google

gebogen wird und beide Enden durch die Wunde frei zu Tage treten; es war keine Ursache nachzuweisen. Die Fistel war gross, ohne Schmerzen entstanden, nicht beständig offen, lässt nie Eiter in den Oesophagus fliessen, lässt die Nahrung theilweise in den Magen gelangen, befindet sich unter dem Niveau der Trachea und des rechten Bronchus. Verf. sucht klinisch nachzuweisen, dass die eiterigen Exsudate wohl die Lunge und die Intercostalräume durchbohren, jedoch immer die Aorta thoracica und den Oesophagus schonen; man muss also eine Erkrankung, und bei diesem der Tuberculose verdächtigen jungen Mann eine locale tuberculöse Erkrankung des Oesophagus annehmen; da letztere aber überhaupt nicht bewiesen sind, so kann man auch an eine einfache Ulceration oder an eine eiterige Drüsenentzündung denken. Dr. P. K.

Aphasie mit Hemiplegie im Wochenbett. Heilung. (Aphasie et hémiplégie pendant les suites de couches. Guérison.) Von Dr. Rémy. (Mémoires de la société de médecine de Nancy, Séance du 12 Février 1890.)

Die Lähmung verging in 12 Stunden Zeit von selbst, die Aphasie bestand fort. Herzgeräusch, Albumen im Urin fehlt. Unter Brombehandlung verging die Aphasie in 8 Tagen. Albuminurie, Apoplexia cerebralis, Syphilis, reiner Nervosismus konnten ausgeschlossen werden. Bekannter Weise kommt Endocarditis während der Schwangerschaft häufig vor; Verf. nimmt demgemäss eine Embolia cerebralis an, welcher Annahme auch der Verlauf der Krankheit, das Verschwinden des Herzgeräusches und das spätere Wohlbefinden entsprechen. Dr. P. K.

Ueber das motorische laryngeale Corticalcentrum und über die von diesem im Gehirn verlaufenden Fasern. (Du centre cortical moteur laryngé et du trajet intracérébral des fibres qui en émanent.) Von Dr. Felix Semon und Prof. Victor Horsley. (Antwort auf die von Garel und Dor über dasselbe Thema veröffentlichte Arbeit. [Reponse à un travail sur la même matière publié par Garel et Dor.])

Ueber das laryngeale Corticalcentrum. (A propos du centre cortical moteur du larynx.) Von Dr. Garel und Dr. Dor. (Antwort auf die von Dr. Felix Semon und Victor Horsley veröffentlichte zweite Arbeit. [Réponse à Messieurs Semon et Horsley.])

Beide Arbeiten betreffen die vielbesprochenen Arbeiten über das bekannte Thema, welches noch nicht endgiltig entschieden ist; die zwei Themata werden am besten im Original nachgelesen. Dr. P. K.

Stecknadel drei Monate im rechten Bronchus, mit Erfolg entfernt. (Epingle ayant séjourné trois mois dans la bronche droite, enlevée avec succès.) Von Dr. Washam. (Nord. American. Practitionner und Revue mensuelle de laryngol. No. 1, 1891.)

Ein 10jähr. Kind spielte mit einer Luftflinte, liess eine mit dickem Kopf versehene Stecknadel in die Flinte fallen, konnte selbe nicht mehr herausbefördern und saugte deshalb am Gewehrlauf. Die Stecknadel kam mit der Spitze nach vorne in den Larynx. Hustenanfall, darauf Ruhe. Die Eltern glaubten die Stecknadel im Magen. Husten bestand fort, nach 2 Monaten lobuläre Pneumonie an der rechten Lunge; letztere heilte, aber der Husten dauerte fort. Laryngoscopischer Befund negativ. Ein Monat später Tracheotomie. Eine in den rechten Bronchus ein-

Digitized by Google

geführte Sonde stiess auf den Fremdkörper, welcher mittelst einer geeigneten Zange entfernt wurde. Dr. P. K.

Personal-Nachricht.

Herr Hofrath Dr. S. Moos, welcher bis jetzt als Professor extraordinarius an der Universität Heidelberg Ohrenheilkunde docirte, wurde über Antrag der dortigen med. Facultät zum ordentlichen Honorar-Professor desselben Faches ernannt. Prof. Moos gehört zu den eifrigsten und verdienstvollsten Förderern der neueren Ohrenheilkunde, hat demnach diese Auszeichnung bestens verdient. Die ehrwürdige medicinische Facultät in Heidelberg aber hat, indem sie die Initiative in dieser Angelegenheit ergriff, bewiesen, dass sie hervorragende Leistungen deshalb nicht weniger schätzt, weil sie auf einem Gebiete zu Stande kamen, welches, wie die Ohrenheilkunde, wohl nur von Wenigen gekannt, aber gerade darum von Vielen verkannt wird.

INHALT.

I. Originalien: Krakauer: Ein Fall von multipler Exostosenbildung am Schädel mit halbseitiger Gesichtsatrophie. — Szenes: Bericht über die Verhandlungen der Abtheilung für Ohrenheilkunde der 64. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte in Halle a. S. 1891. — Linkenheld: Nervöser Kehlkopfhusten bei einem 11jähr. Jungen. — Krieg: Berichtigung. — Grünwald: Zur „Erwiderung" des Herrn Hansberg. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Zaufal: Zur Geschichte der operativen Behandlung der Sinusthrombose in Folge von Otitis media. — Gruber: Zur Behandlung der chronischen eitrigen Mittelohrentzündung mit Durchlöcherung der Shrapnell'schen Membran. — b) Rhinologische: d'Aguanno: Anosmie nach 40 Jahren geheilt. — Quenu: Caries der Wandungen des Sinus sphenoidalis. — c) Pharyngolaryngologische: Gross: Macroglossie bei einem 6jährigen Kinde. — Catrin: Simulirter Mutismus. — Comby: Zungenbändchengeschwür unabhängig vom Keuchhusten. — Huguin: Ein frühzeitiges Symptom des Keuchhustens. — Grellety-Bosviel: Beitrag der Complicationen in der Mundhöhle bei Typhus. — Gallardo: Spontane Eröffnung einer Zungencyste. — Stöckel: Seröse folliculäre Cyste des Unterkiefers, einen Weisheitszahn enthaltend. — Le Dentu: Enchondrom der Parotis. — Boza: Schnelles und sicheres Mittel, die Epiglottis in die Höhe zu heben. — Vilcoq: Phlegmone nach Influenza; parapharyngealer tiefer Abscess. — Hooper: Demonstrationsmethoden der Larynxbewegungen. — Lacoarret: Acute Entzündung der Articulatio cricoarytaenoidea. — Michaël: Aussergewöhnliche Complication der Tracheotomie bei Greisen. — Glover: Manuelles Verfahren bei der Tracheotomie bei Erwachsenen. — Barbier und Schrevens: Uebertragung von Diphtheritis der Vögel auf den Menschen. — Compaired: Catameniale Larynxblutungen. — Desvernine-Galdos: Laryngotrachealfractur. — Mittheilungen und Discussion über die in den Dresdener Krankenanstalten bei Anwendung des Kochschen Verfahrens gemachten Beobachtungen. — Lamallerée: Anwendung der Kohlensäure bei Larynx- und Lungenleiden. — Capart: Fremdkörper im Larynx. — Lamy: Morbus Basedowi. — Nalty: Elastische Compression der Glandula thyroidea in der Basedow'schen Krankheit. — D'Ardennes: Druck auf den Hals bei Bulbärkrisen der Dyspepsie. — Regnier: Dermoidcyste am Halse. — Marano: Laryngitis haemorrhagica und Influenza. — Botey: Einfluss der Schwangerschaft auf gewisse Arten von Laryngitis sicca. — Martino: Primäres Larynxoedem. — Koeberlé: Polypöse und papilläre Larynxtumoren. — Ronkovitsch: Laryngostenose nach Perichondritis nach Typhus. — Koch: Ueber Trachealtumoren. — Parker: Verstopfung der Trachea durch eine verkäste Lymphdrüse. — Moure: Zur Lehre der Fremdkörper der obersten Luftwege. — Bryant: Partielle Verstopfung der Bronchien durch Fremdkörper. — Combemale: Plötzlicher Tod während eines asthmatischen Anfalles. — Letulle: Venöse Varices des Oesophagus bei Potatoren. — Proust und Tissier: Lähmungen des Musculus aryarytinoideus. — Velluti: Neuritis des Recurrens durch Druck — Roersch: Zwei Fälle von Oesophagotomia externa wegen Fremdkörper. — Tuffier: Kalte Abscesse der Brustwandungen. — Letulle: Pleuro-Oesophagealfistel. — Rémy: Aphasie mit Hemiplegie im Wochenbett. — Semon und Horsley: Das motorische laryngeale Corticalcentrum. — Garel u. Dor: Ueber das laryngeale Corticalcentrum. — Washam: Stecknadel drei Monate im rechten Bronchus, mit Erfolg entfernt. — Personal-Nachricht.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle Druckschriften, **Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I. Freiung 7. zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER	**Dr. N. RÜDINGER**	**Dr. v. SCHRÖTTER**	**Dr. WEBER-LIEL**
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**	o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**	Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**	Professor der Ohrenheilkunde in **Bonn.**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXV. **Berlin, November 1891.** **No. 11.**

I. Originalien.

Ueber Gehörsstörungen des Betriebspersonals der Eisenbahnen, mit Bezug auf die Sicherheit des reisenden Publikums*).

Von

Dr. **Kornel Lichtenberg** in Budapest.

Motto: Le médecin philosophe voit une foule de maux bien réels prendre naissance à la source de tant d'utiles et ingénieuses inventions.
Corvisart.

Das Studium der Beschäftigungen bietet der Gesundheitslehre einen überaus anziehenden Stoff, nützliche Anweisungen gebend Demjenigen, der die endgiltigen Ursachen der Krankheiten zu erforschen hat, sowie auch Dem, der dieselben zu heilen beabsichtigt. Denn es ist jetzt schon zweifellos festgestellt, dass der Beruf des Menschen einen entscheidenden

*) Ich habe den seiner Zeit in Berlin gehaltenen Vortrag bisher aus dem Grunde nicht veröffentlicht, weil ich durch fortgesetzte Untersuchungen den Gegenstand für Ungarn erschöpfen wollte. Leider war ich jedoch in dieser Absicht verhindert. Ich publicire die Arbeit auch jetzt nicht spontan, sondern aus dem Grunde, weil von mehreren hochachtbaren Collegen vom Auslande danach gefragt wurde, vorbehalte mir jedoch die recht baldige Reprise der Frage; dann wird auch die Literatur des Gegenstandes gebührend berücksichtigt. Der Verfasser.

Digitized by Google

Einfluss auf seine Gesundheit ausübt, sowie auch, dass der riesige Aufschwung, den die Industrie dieses Jahrhunderts, sowie die Fabrikation neu erfundener Materialien und die vielfältigen und ausgedehnten Verkehrsmittel genommen, die Gesundheitsverhältnisse der arbeitenden Classe veränderte. Es giebt jedoch unter den Beschäftigungen auch solche, deren hygienische Verhältnisse wir bisher kaum oder gar nicht kennen, die jedoch verdienen, dass der Arzt sich eifriger mit denselben befasse, als es bisher geschehen. Unter den letzteren befindet sich eine, deren Entstehung kaum 60 Jahre alt, welche aber ihrer grossen Verbreitung halber schon als Object eines dankbaren Studiums gemacht werden kann, ich meine die bei den Eisenbahnen im ausübenden Dienste stehenden Locomotivführer, Heizer, Conducteure, Packer und Eisenbahn-Aufseher, welche in Folge ihrer Beschäftigung speciellen Leiden unterworfen sind.

Meinem Berufe entsprechend, wählte ich aus dem vorhandenen grossen Material die Erforschung jener Einflüsse, welche die Eisenbahn auf das Gehörorgan dieses Personals ausübt. An der Spitze eines Zuges stehend, unter so vielen ausnahmsreichen Umständen, sowie auch den verschiedensten Luftströmungen ausgesetzt, in beständiger Gefahr schwebend, müssen diese nützlichen, unermüdlichen und eine grosse Verantwortlichkeit tragenden Individuen mehr oder weniger darunter leiden.

In den letzten 2 Jahren habe ich 250 dem Zuge zugetheilte Eisenbahn-Bedienstete untersucht.

In meinen Absichten wurde ich von den Aerzten der k. u. Staatsbahnen, namentlich durch die Herren DDr. Ignátz Stáhly und Julius Tóthfalusy mit der grössten Bereitwilligkeit unterstützt, die mir alle Informationen freundlichst zur Verfügung stellten.

Nach Ordnung des Materials, nach dem Studium des Verkehrs- und Signaldienstes, nach Ausforschung zahlreicher Locomotivführer, Heizer, Conducteure und Bahntechniker ging ich daran, meine Erfahrungen zu resumiren.

Schon in den fünfziger Jahren hat man sich im Auslande, namentlich in Frankreich und Deutschland, damit befasst, jenen Einfluss zu erfahren, welchen die Eisenbahnen auf das Zugpersonal auszuüben pflegen. Das Gehörorgan wurde bei diesen Bestrebungen wenig beachtet, obgleich ein Jeder zugeben musste, dass das Gehör nach einer gewissen Dienstzeit mehr oder weniger zu leiden hatte. Moos war der Erste, der vor 6 Jahren auf dem internationalen Congresse der Ohrenärzte zu Mailand sich mit der Frage vom Standpunkte des Ohres beschäftigte und präcise, auf Grundlage sehr ernster Daten, auf jene Gefahren hinwies, welche das Gehör namentlich der Locomotivführer und Heizer bedrohen. Dieser Impuls rief eine ansehnliche Literatur des Gegenstandes hervor, und in Anbetracht seiner Wichtigkeit muss man sich in berufenen Kreisen auch schon bei uns in Ungarn damit befassen.

Unter den 250 untersuchten Individuen habe ich 92, d. h. 36,8 pCt. Ohrenkrankheiten gefunden, von denen nur 58, also 23,2 pCt., verschiedengradige Gehörsreductionen aufwiesen, während in den restirenden 34 Fällen vorläufig noch keine oder wenigstens keine practisch nachweisbare Gehörsstörung vorhanden war, obzwar die Art der krankhaften Symptome die früher oder später auftretenden Gehörsanomalien schon im Vorhinein anzeigte.

Digitized by Google

Folgende pathologische Formen waren vorhanden: Chronische Mittelohrcatarrhe in verschiedenen Entwicklungsphasen 14; Ohrenfluss 3; acute eitrige Trommelhöhlenentzündung 1; Hyperästhesie des Gehörnerven 1; Labyrinthaffection 3; Hyperostose im äusseren Gehörgang 1; negative und positive Spannungsanomalien des Trommelfells 4; hochgradige Abschuppung im äusseren Gehörgang 1; Ohrenschmalzpfröpfe **36**; organisirte Infiltrationen des Trommelfells 5; Trommelfellnarben 5; trockene Trommelfelldefecte 4; umschriebene Trommelfellatrophie 1.

Wenn wir diese verschiedenartigen Ohrenkrankheiten, von der einfachen functionellen Ueberempfindlichkeit bis zum trockenen Mittelohrcatarrh und den Labyrinthkrankheiten, in der Nähe betrachten und diese Untersuchungsresultate mit der Krankengeschichte und der Dienstzeit der Individuen vergleichen, so werden wir zu höchst interessanten und für die Sicherheit des auf Eisenbahnen reisenden Publikums sehr wichtigen Consequenzen gelangen.

Bevor ich dieselben in ihrer ganzen Unerbittlichkeit ziehe, muss zweierlei constatirt werden: erstens ist ein **tadelloses** Gehör des Zugpersonals auf Eisenbahnen unerlässlich, und zweitens ist das Ohr schon in Folge des Berufes mehr exponirt, als ein anderes Organ.

Es ist allgemein bekannt, dass bei den Eisenbahnen zweierlei Signale im Betriebe sind: optische und acustische. So gute Dienste die optischen Signale nun auch verhältnissmässig leisteten, so war doch, fast von Anfang ihrer Einführung, mit ihrem Gebrauche das Gefühl der hohen Unvollkommenheit des Princips verknüpft, das bei jeder Trübung der Atmosphäre und in jedem Falle, wo es thunlich war, die Aufmerksamkeit des saumseligen Nachbars hervorzurufen, drastisch hervortrat. Nichts ist trüglicher, als der Eindruck der optischen Zugsignale, die oft in unerwarteter Gestalt in Nacht und Nebel an den bahnbewachenden Beamten vorüberbrausen; nichts gefährlicher, als die Veränderung der Lichterconstellationen durch das besonders im Winter vorkommende Verlöschen eines oder mehrerer der Lichter, oder das Verdecken derselben durch angepeitschten Schnee u. s. w., da oft ein Licht auf diese Weise dem Signale geradezu entgegengesetzte Deutung geben kann. Die optischen Signale sind die Zeichensprache zweier Taubstummen. Die Haupteigenschaft der Sprache, die ihr erst ihre ganze vermittelnde, cultivirende Kraft giebt, der hörbare, aus Schlummer und Unaufmerksamkeit aufjagende Anruf, fehlt ihnen. Mit der Benutzung der optischen Signale verknüpfte sich daher bei Allen, die sich an dem Ausbau der Idee des Signalwesens betheiligten, der Drang, den tonlosen, viel gehinderten Lichtstrahl durch ein für die Zeichenübermittlung geeigneteres Medium zu ersetzen. So kamen die acustischen Signale zu Stande.

Seitdem der Zusammenschluss der Maschen des Eisenbahnnetzes erfolgt ist und sich täglich vielfacher verknotet, seitdem die Wagen aller Bahnen des Continents Hunderte von Meilen und über Dutzende von fremden Linien hinreisen, seitdem zwei, drei und mehrere Bahnen oft grosse Strecken weit nebeneinander hinführen, ineinander einmünden, auf gemeinschaftlichen Bahnstrecken grosse Distanzen zurücklegen, auf derselben Station zusammenlaufen, Geleise und Personal gemeinschaftlich ausnutzen, hat diese Categorie von Signalen eine Bedeutung ganz specifischer Art gewonnen. Sie ist nicht allein von hoher Wichtigkeit

Digitized by Google

für die Sicherheit und Bequemlichkeit des Betriebes geworden, sondern hat auch eine Art von internationalem Character durch den täglich mächtiger werdenden Drang der Nothwendigkeit erhalten, im grossen Sinne gemeinsame Vereinbarung in Betreff der Apparate zu treffen, durch welche die Signale in einheitlicher Form bei allen Bahnen angebracht werden können.

Die acustischen Signale haben nach steter Entwicklung gegenwärtig folgende Formen angenommen: 1) Dampfpfeife, 2) Mundpfeife, 3) Trompete, 4) Glocken, 5) Knallkapseln, 6) Klingeln, welche Signale folgenden, ein gutes Gehör voraussetzenden Begriffen Ausdruck geben: Achtung, halt, langsam, rückwärts, Abfahrt, Bremsen fest, Bremsen los, Hilfsmaschine, Zug zerrissen, Hilfe. Ausserdem existiren noch wohl das Zugpersonal weniger interessirende, durchgehende electrisch-optisch-acustische und electrisch-acustische Signale in den Stationen.

Nach alledem ist es evident, dass Angesichts der Häufigkeit der hörbaren Signale und deren Wichtigkeit für den Verkehr das Gehör der Locomotivführer, Heizer und Conducteure jenes Organ ist, von dessen prompter Function sehr häufig die Sicherheit des Zuges abhängt. Ausser den bisher erwähnten Momenten, welche das Gehör des Zugpersonals während der ganzen Fahrt ununterbrochen in Anspruch nehmen, existiren noch andere zahlreiche Gelegenheiten, welche ein tadellos feines Gehör voraussetzen, dass dasselbe ein jedes, die Sicherheit des Zuges bedrohende verdächtige Geräusch bemerke, um noch zur rechten Zeit verfügen zu können. (Schluss folgt.)

Bericht
über die Verhandlungen der Abtheilung für Ohrenheilkunde der 64. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte in Halle a. S. 1891.

Von

Dr. **Sigismund Szenes** in Budapest.

(Fortsetzung.)

6) Dr. Stacke (Erfurt): Weitere Mittheilungen über die operative Freilegung der Mittelohrräume nach Ablösung der Ohrmuschel[1]).

Stacke bezieht sich auf die von ihm auf dem internationalen Congress zu Berlin[2]) angegebene neue Operationsmethode zur Eröffnung der Nebenräume der Paukenhöhle, theilt seine bisherigen Erfahrungen mit und erläutert die Operation an Präparaten, Zeichnungen und durch Vorstellung geheilter Fälle.

Die Operation ist indicirt bei denjenigen, sonst unheilbaren chronischen Mittelohreiterungen, welche ihren Sitz vorwiegend in dem oberen

[1]) Vortrag 6 und 7 wurden eigentlich als erste Gegenstände der II. Sitzung noch vor Habermann's Vortrag abgehalten. Ref.

[2]) Monatsschrift für Ohrenheilkunde No. 9, pag. 272, 1890.

Digitized by Google

Raum der Paukenhöhle haben, insbesondere bei nachweisbarer Caries und Cholesteatom im Kuppelraum. — In der Regel ist das Antrum mastoideum mitergriffen, auch wo alle Symptome fehlen. Die Eiterung des Warzenfortsatzes stellte sich dann während der Operation heraus (in 33 Fällen 30 Mal), somit hat die Methode auch einen diagnostischen Werth.

Durch Ablösung der Ohrmuschel, querer Durchtrennung und Vorklappen des Gehörgangs wird das Operationsgebiet in der Tiefe so freigelegt, dass Trommelfell und Paukenhöhle bei directem Tageslicht gut zu sehen sind. Nach Beendigung dieser Voroperation werden die Gehörknöchelchen — Hammer und Ambos — mit dem Trommelfell oder dessen Resten entfernt, die äussere und untere Wand des Kuppelraumes abgemeisselt und die Antrumhöhle, falls sie sich erkrankt zeigt, nicht nur von aussen abgemeisselt, sondern durch breite Resection der hinteren Gehörgangswand bis in die Paukenhöhle in eine flache Mulde verwandelt. Diese Mulde wird nach möglichster Entfernung alles Kranken durch einen Hautperiostlappen aus dem Gehörgang gedeckt. Es hat diese Transplantation den Zweck, 1) gesunde Epidermis in das Mittelohr zu pflanzen, behufs Ueberhäutung der eröffneten Knochenhöhlen, 2) eine dauernde überhäutete breite Lücke zwischen Antrum und Gehörgang zu schaffen. Indem sie der Eiterung von der Paukenhöhle aus nachgeht, ermöglicht also die neue Methode sicher und gefahrlos eine vollkommene Freilegung der erkrankten Nebenräume auf der Sonde und beendet die Ausräumung alles Kranken in einer Narcose. — Zur Operation sind besonders gekrümmte Hohlmeissel und Schützer[3]) nothwendig.

Die Nachbehandlung ist gegen früher wesentlich vereinfacht, bedarf aber der grössten Sorgfalt und Umsicht, damit sich die Nebenhöhlen nicht durch Granulationen schliessen und so statt glatter Epidermisirung Brücken und Nischen entstehen, hinter denen die Eiterung fortbesteht. — Die durchschnittliche Heilungsdauer beträgt 4 Monate, ist also erheblich kürzer, als bei der einfachen Aufmeisselung des Warzenfortsatzes.

Die bisherigen Resultate Stacke's waren folgende: Von 33 Fällen wurden 19 geheilt, 2 in andere Nachbehandlung entlassen, 2 sind ausgeblieben, 9 in Behandlung verblieben, 1 gestorben, unabhängig von dem Eingriff an Diabetes mellitus. Das Hörvermögen wurde zuweilen gebessert, nie verschlechtert, meist nicht wesentlich verändert. Somit verbindet die neue Methode eine bis jetzt absolute Gefahrlosigkeit mit einem sicheren und im Vergleich mit den früheren Methoden schnellen Erfolge.

Discussion:

Dr. Löwe (Berlin) glaubt dieselben Resultate wie Stacke erzielen zu können, indem er, nach seiner Methode vorgehend, modificirte zahnärztliche Bohrmaschinen, mit eigenthümlich gekrümmtem Handstück, anwendet und unter Führung des Ohrenspiegels das Os epitympanicum eröffnet; als Stelle wählt L. die Verlängerungslinie des Hammergriffs nach oben und vorn.

---

[3]) Zu beziehen von F. Thamm, Berlin NW., Karlstrasse 14.

Digitized by Google

Prof. Schwartze hält Löwe's Verfahren für unbedingt verwerflich und muss dem Verfahren Stacke's schon deshalb den Vorzug geben, da L. doch selbst zugiebt, durch seine Operationsmethode Facialislähmungen entstehen gesehen zu haben, bei Stacke aber eine solche ausgeschlossen ist.

Dr. Kretschmann (Magdeburg) erwähnt, dass bei der Ausführung der Operation nach Stacke eine sorgfältige Blutstillung und eine gute Beleuchtung des Operationsterrains stattfinden muss. Bei mangelhaftem Tageslicht empfiehlt sich ein kleines Glühlicht, das sich mittelst eines kleinen Halters nahe an das Operationsfeld führen lässt. — Die Operatiosmethode bei gleichzeitiger Eröffnung des Warzenfortsatzes ist nach Kretschmann etwas von der Stacke'schen abweichend. Haut- und Weichtheilschnitt wie bei Stacke. Abhebung des Gehörgangs, Incision in der hinteren Wand parallel der Längsrichtung des Meatus bis zum Trommelfell, von da an der oberen und unteren Gehörgangswand entlang; Eröffnung des Antrum, ausgiebige Entfernung der die Zwischenwand zwischen Gehörgang und Antrum bildenden knöchernen hinteren Gehörgangswand und der Pars ossea der Trommelfellwand, Vernähung des oberen Lappens des häutigen Gehörgangs mit dem oberen vorderen, des unteren Lappens mit dem unteren vorderen Weichtheilwundrand. Von dem hinteren Wundrand wird ein Lappen gebildet und an die hintere Wand des knöchernen Wundtrichters gelagert, um die Epithelüberkleidung der Operationswunde zu erleichtern und sie dauernd offen zu halten; Naht der Hautwunde. Der Verbandwechsel ist nur alle 4—5 Tage nothwendig. — Die Wunde ermöglicht die stetige Uebersicht über Tegmen der Paukenhöhle und Antrum sowie Labyrinthwand.

Prof. Schwartze erwähnt, seit 9 Monaten nach Stacke's Verfahren zu operiren, und war von 20 Fällen nur 1 Mal eine Facialislähmung aufgetreten; von den operirten Fällen sind 4 vollkommen geheilt. Die Heilungsdauer ist entschieden kürzer, als bei der Behandlung mit dem Bleinagel, doch ist dieses Operations-Verfahren bedeutend schwieriger, als das gewöhnliche, auch sind dazu unbedingt nothwendig eine genügende und geübte Assistenz, eine gute Beleuchtung und eine gehörige Vorübung an Cadavern, da ohne letztere Factoren kaum an ein Ausführen der Operation zu denken ist[4]).

Prof. Walb (Bonn) macht den Vorschlag, zur rascheren Ueberhäutung des durch die Stacke'sche Operation geschaffenen communicirenden Höhlensystems Reverdin'sche Hauttransplantationen anzuwenden.

7) Dr. Reinhard (Duisburg): Beitrag zur Hammer- und Ambos-Excision.

Nach Betonung der Häufigkeit der Atticuseiterung und Anführung der Symptome derselben, besonders die characteristischen Trommelfell-

[4]) In der am 24. September abgehaltenen III. Sitzung holt Schwartze bezüglich der Möglichkeiten bei der Stacke'schen Operation noch Folgendes nach: 1) Die Facialislähmung ist nicht sicher auszuschliessen; 2) hat das weite Vorklappen der Ohrmuschel bis zum Jochbogen in 4 Fällen zu einer Necrose an der Schuppe geführt, was für die Nachbehandlung eine unangenehme Complication ist. Bei der Operation wird der Musculus temporalis weggeschoben und nachher wird der Knochen mit demselben bedeckt. Ref.

Digitized by Google

bilder — 1) Totaldefect des Trommelfells bis auf den Hammergriff, der wie ein verrosteter Nagel frei in das Lumen der Paukenhöhle hineinragt, 2) Perforationen der Membrana Shrapnelli dicht an, hinter oder über dem Processus brevis, 3) die aus diesen herauswachsenden Granulationen, die durch ihr rasches Wiederwachsen geradezu pathognomisch für Hammercaries und Atticuserkrankung sind —, hebt Reinhard die besondere Bedeutung hervor, welche gerade der Atticuseiterung beizumessen ist, wegen der ungünstigen Secretabflussverhältnisse und wegen der unmittelbaren Nähe des Gehirns, von dem der Eiterherd nur durch eine dünne, oft mit Dehiscenzen versehene Knochenlamelle getrennt ist. In diesen, durch alle anderen Methoden oft nicht zu heilenden Fällen von suppurativer Erkrankung der Pauke oberhalb der Membrana Shrapnelli schlägt Reinhard nochmals die operative Entfernung des Hammers und Amboses nach der Schwartze'schen Methode vor.

Von 30 operirten Fällen konnte Reinhard bis jetzt 16 Heilungen erzielen (Trockenlegung und dauernde Vernarbung im Mittelohr bei mindestens halbjähriger Beobachtungszeit), in den übrigen bis jetzt nicht geheilten Fallen müsste man eine Ausbreitung der Eiterung auf die benachbarten Räume des Processus mastoideus oder auf's Antrum annehmen, oft sind auch kleine Cholesteatomherde in diesen der Verzögerungsgrund der Heilung. Nach der Operation wurde mit 2—3 proctgr. Carbollösung irrigirt und nach 8—10 Tagen, falls noch keine Vernarbung eingetreten war, mit der Schwartze'schen Antrumscanüle täglich Carbolausspülungen gemacht. — Die Dauer des Eintritts der Heilung in den erwähnten 16 Fällen war 10 Tage bis 2½ Monate.

Als Vorzüge der Schwartze'schen Methode vor dem von Stacke[5]) empfohlenen Verfahren, nach welchem der Hammer und Ambos nach Ablösung der Ohrmuschel und Abmeisselung der Pars ossea entfernt wird, hebt Reinhard hervor: dieselbe ist nicht so eingreifend, schonender und einfacher ausführbar, trotz der vielen Schwierigkeiten, die sich gerade dieser Operation in den Weg stellen, nur eine tüchtige Uebung an der Leiche muss der Operateur derselben vorausschicken; üble Complicationen — Schwindel, Facialislähmung, bedeutendere Blutungen — sind bei dieser Methode seltener, und wurden dieselben in den 30 Fällen gar nicht beobachtet. Das Gehörsvermögen wurde in 50 pCt. der Fälle gebessert, in 50 pCt. Status idem; doch ist die Verbesserung des Gehörvermögens nicht die Indication zur Operation, sondern in erster Linie die das Leben bedrohende Gefahr der Eiterung, durch deren Sistirung ja auch das die Hörkraft schwächende Moment aus dem Wege geräumt wird.

Discussion:

Dr. Stacke (Erfurt) will durch die Empfehlung der von ihm angegebenen Operationsmethode nicht gesagt haben, dass die Entfernung der Gehörknöchelchen vom äusseren Gehörgange aus zu verwerfen wäre, doch glaubt St., dass man in der Privatpraxis den Patienten zu einer zweiten Operation schwerer überreden kann, und nach seinem Verfahren kann man Alles auf ein Mal fertig bringen, wenn auch die Operation etwas umständlicher ist, und ist ja auch z. B. die Entfernung

[5]) Monatsschrift für Ohrenheilkunde No. 9, pag. 272, 1890.

Digitized by Google

des Amboses vom Gehörgange aus auch nicht ungefährlicher; wenn aber bei hochgradiger Caries des Hammers der Hammergriff abgebrochen wird, so muss man, um den Hammerkopf entfernen zu können, doch nur von hinten her kommen.

Geheimrath Schwartze (Halle a. S.) meint, man müsse die Gefahren, mit welchen diese Operationen einhergehen, in gebührlicher Weise abschätzen, und wenn auch Schwindelanfälle und Facialislähmung in Folge der Operation sich einstellen können, ein Todesfall ist bis jetzt in der Literatur noch nicht verzeichnet worden.

III. (Schluss-) Sitzung am 24. September, Vormittags.

Vorsitzender: Prof. Walb (Bonn).

8) Dr. Kretschmann (Magdeburg) stellt einen Patienten vor im Anschluss an seine Bemerkung zu dem Stacke'schen Vortrage, welchen er nach seiner empfohlenen Methode operirte.

9) Prof. Schwartze (Halle a. S.) demonstrirt mehrere Fälle von geheilten Cholesteatomen, bei welchen die Dauerheilung bei persistenter Oeffnung am Warzenfortsatze erzielt wurde, indem die Eiterung aufgehört hat.

10) Privatdocent Siebenmann (Basel): Demonstration von Ausguss- und Trockenpräparaten.

Die vorgezeigten Trockenpräparate betreffen das Ohr, den Nasenrachenraum und das pneumatische Höhlensystem der Nase. Sie sind nach der von Semper (Zoolog. Anzeiger No. 106, Jahrg. V) kurz skizzirten Angabe hergestellt und zeichnen sich dadurch aus vor den Weingeistpräparaten, dass die Weichtheile kaum merklich geschrumpft sind, und dass sie zu Demonstrationszwecken während der Vorlesungen sich besonders gut eignen, da ihre Besichtigung und Untersuchung rascher und reinlicher vorgenommen werden kann.

Ihre Anfertigung ist folgende: Die frisch der Leiche entnommenen Felsenbeine, eventuell auch der halbe Kopf, werden in Müller'sche Lösung oder in schwache Chromsäure-Lösung fixirt, ihre Höhlen damit auch durchgespritzt, hernach gehörig ausgewaschen, dann durch allmählig verstärkten Spiritus in Alcohol absolutus und endlich in Terpentin gebracht, welcher bei grossen Stücken mindestens ein Mal gewechselt werden soll. — Die ganze Behandlungsdauer beträgt je nach der Grösse des Stückes einige Wochen bis einige Monate. — Die von Terpentin durchtränkten Präparate werden schliesslich an einem vor Staub geschützten hellen Orte getrocknet und vor dem Montiren noch zurechtgeschnitten mit Laubsäge, Scheere und Messer. — Durchschnittspräparate werden so angefertigt, dass man das fertige trockene Präparat mit einer feinen Laubsäge in der gewünschten Richtung zerlegt; zartere Präparate aber entkalkt man nach der Fixation, wäscht sie aus, bettet sie nach der bei microscopischen Arbeiten üblichen Methode in Celloidin ein, schneidet, zieht das Celloidin aus den Schnitten wieder aus mit Aether-Alcohol und legt die Schnitte nun erst in Terpentin. Beim Trocknen und schon beim Schneiden ist darauf Rücksicht zu nehmen, dass dünne Schnitte sich nachträglich verbiegen können.

Solche Trockenpräparate eignen sich vorzüglich und auch besser als das der Leiche entnommene feuchte Weichtheilpräparat zur Herstel-

Digitized by Google

lung von Ausgusspräparaten des pneumatischen Systems von Nase und Ohr[6]), namentlich wenn man die Porosität des Präparates noch erhöht durch einzelne künstliche feine Stichkanäle.

Beim Eingypsen und Ausgiessen solcher Präparate ist indess zu berücksichtigen, dass sie keine Feuchtigkeit ertragen und dass die betreffenden Weichtheile, wenn sie einmal durchnässt sind, beim Trocknen bedeutend schrumpfen.

Siebenmann demonstrirte:

1) Rachendach mit Gaumen, Zungengrund und Larynx des Neugeborenen,
2) Rachendach mit Rachendachtonsille des Kindes (hypertrophisch),
3) u. 4) Rachendach mit Rachendachtonsille des Erwachsenen (normal)
5) Längsschnitt durch Antrum, Paukenhöhle und Tube,
6) Längsschnitt durch das Felsenbein (colorirt) mit Carotis, Jugularis und Facialis,
7) axialer Schnitt durch die Schnecke eines Kaninchens,
8) u. 9) Horizontal- und Frontalschnitt durch die Nase des Neugeborenen,
10) Halber Kopf (vom Erwachsenen) mit breit eröffnetem Sinus maxillaris,
11) Ausgusspräparat der Nase und ihrer Nebenhöhlen (vom Erwachsenen).

An den beiden letzten Präparaten kommen in höchst instructiver Weise die topographischen Verhältnisse der Nebenhöhlen und ihrer Ostien zur Anschauung. Sonden, welche bei Präparat 10 von der Oberkiefer-, Stirn- und Keilbeinhöhle aus in die Nase eingeführt waren, zeigten deutlich, wie an diesem Präparat, trotz der relativ bedeutenden Grösse dieser Nebenhöhlen und ihrer Zugänge, dieselben intra vitam und von vorn unmöglich hätten sondirt werden können.

Vorsitzender Prof. Walb dankt dem Vortragenden für den interessanten Vortrag.

11) Dr. Krakauer (Berlin): Ein Fall von multipler Exostosenbildung am Schädel mit halbseitiger Gesichtsatrophie; Demonstration der dazu gehörigen Gehörgangsexostose[7]).

(Schluss folgt.)

Die Glühlampe und das Einschalten des Widerstandes bei Benutzung der Accumulatoren.

Von

Dr. med. **W. Lamann** in St. Petersburg.

Ich hätte den Accumulatoren — für deren Anwendung in der Heilkunde ich in No. 2 dieser Monatsschrift, 1891, plaidirte — einen entschieden schlechten Dienst geleistet, wenn ich nur ihre Vorzüge hervor-

[6]) Vergl. Siebenmann: Ein Ausguss vom pneumatischen Höhlensystem der Nase. Festschrift zu Ehren des Prof. Kocher in Bern. Wiesbaden 1891.

[7]) Der Vortrag ist in No. 10 dieser Monatsschrift in extenso bereits erschienen.

Digitized by Google

gestrichen hätte, ohne zugleich darauf hingewiesen zu haben, dass die regelrechte Be- und Ausnutzung dieser Apparate erst erlernt werden will. Man käme sonst leicht in Versuchung, die Misserfolge dem System anzuhängen, statt dieselben in unserer — den Göttern sei es geklagt — mangelhaften physicalischen Vorbildung zu suchen, in dem „Bischen Physik", das der Arzt von der Hochschule her mit auf den Lebensweg bekommt.

In dieser Hinsicht stehen die Accumulatoren übrigens durchaus nicht vereinzelt da. Die Electrotechnik in der Heilkunde hat dem Arzte allerdings eine stattliche Reihe zum Theil so vollkommener und zugleich einfacher Apparate geliefert, dass der Arzt sich ruhig über eine ganze Reihe theoretischer Fragen hinwegsetzen kann. Wer wird aber andererseits läugnen wollen, dass der Arzt, der im Stande ist, den bestmöglichsten Arbeitsbedingungen seiner Apparate Rechnung zu tragen, unter den günstigsten Aussichten auf Erfolge arbeiten, während der ohne sichere physikalische Grundlage herumtappende Arzt recht oft in Verlegenheit kommen wird. Ganz besonders ist diese Behauptung dort am Platz, wo es sich nicht nur um eine Be-, sondern auch um eine Ausnutzung mancher Apparate handelt.

Von dieser Ueberzeugung ausgehend, will ich denn des Weiteren — den einmal begonnenen Faden fortspinnend — mein Mögliches thun zur ferneren Klärung einiger Fragen bei Benutzung der Accumulatoren und hoffe, dass etliche Ergebnisse meiner mehrjährigen Erfahrung manchem Collegen nicht unwillkommen sein werden.

In meinem oben angeführten Aufsatze komme ich zu dem Schluss, „dass es meiner Meinung nach zweckmässig und zeitgemäss wäre, zur Galvanocaustik, electrischen Beleuchtung und Faradisation die Accumulatoren zu gebrauchen; zur Galvanisation und Electrolyse müssen hingegen Batterien für constanten Strom mit einer grösseren Elementenzahl in ihrem alten Rechte bleiben".

Dem Titel des jetzigen Aufsatzes entsprechend, habe ich also auf die Frage über die Regulirung des Stromes bei 1) der electrischen Beleuchtung, 2) der Galvanocaustik und 3) Faradisation einzugehen.

Ich beginne mit der electrischen Beleuchtung, als dem am meisten complicirten Fall. Eine Orientirung in der Stromregulirung setzt aber ein Verständniss der Glühlampe voraus, und da sehe ich mich denn genöthigt, ein Streiflicht auf diesen — auf den ersten Blick so einfachen — Apparat zu werfen.

Es sind, was die Electricität betrifft, drei Daten für eine Glühlampe bestimmend: die Volten-, die Ampèrezahl und der Widerstand des Kohlenfadens (in Ohm's). Sind von diesen drei Daten nur zwei bekannt, so lässt sich die dritte Grösse aus der Ohm'schen Formel unter Berücksichtigung des übrigen Widerstandes im Schliessungsbogen und der Batterie leicht berechnen. In der Lampe sind die Länge und die Stärke — der Durchmesser — des Kohlenfadens maassgebend, indem der Durchmesser im Allgemeinen die Stromstärke bestimmt, die Länge des Fadens — die Voltenzahl. Nehmen wir z. B. zwei Lampen, die eine mit 2 Ctm., die andere mit 10 Ctm. langen Kohlenfäden, welche dieselbe Stärke haben und von demselben Material hergestellt sind, so werden beide Lampen bei derselben Stromstärke erglühen. Da aber die

Digitized by Google

zweite Lampe einen fünf Mal längeren Faden besitzt, dem Strome also einen fünf Mal grösseren Widerstand entgegensetzt, so muss — laut der Ohm'schen Formel — die electromotorische Kraft (die Voltenzahl) hier grösser sein, d. h. die Elementenzahl muss fünf Mal vermehrt werden.

Wenn auch die von einer Fabrik für bestimmte Zwecke hergestellten Kohlenfäden gewöhnlich von demselben Material und in derselben Stärke geliefert werden, so variirt doch meist ihre Länge, d. h. diese Lampen glühen bei einer gleichen Ampère-, jedoch bei einer verschiedenen Voltenzahl, ihrem Widerstande entsprechend. In wie weiten Grenzen der Widerstand dieser Lampen schwanken kann, zeigen meine Messungen an einem Dutzend Glühlämpchen, die von mir, als zum Clar'schen Reflector abgepasst, von Reiner in Wien bezogen worden sind. Eine Lampe ergab 20 Ohm's, eine 21, drei 22, zwei 24, drei 25, eine 26 und eine 27 Ohm's. Die Messungen wurden mit der Wheatston'schen Brücke ausgeführt. Es hat allerdings seine Schwierigkeiten, den Widerstand dieser Lampen genau zu messen, denn die geringste Erwärmung des Kohlenfadens durch den Strom ergiebt sofort einen geringeren Widerstand. Dass die angeführten Zahlen jedoch durchaus nicht aus der Luft gegriffen, dass der Widerstand in diesen Lampen wirklich recht bedeutend schwankt, kann man noch nach folgenden zwei Methoden deutlich genug nachweisen. Ich wähle die beiden extremen Lampen mit 20 (erste Lampe) und 27 (zweite Lampe) Ohm's zu unserer Untersuchung. Wie wird sich die Ampèrezahl bei diesen Lampen verhalten, wenn ich für beide dieselbe Voltenzahl, z. B. 4 Accumulatoren benutze? Aus der Ohm'schen Formel ist leicht zu ersehen, dass, da die Voltenzahl dieselbe bleibt, die erste Lampe bei ihrem geringerem Widerstande den Strom weniger schwächen wird. Das ist thatsächlich der Fall — ich lese am Ampèresmeter für die erste Lampe 0,52, für die zweite hingegen 0,4 Ampère ab. Oder — ich mache es umgekehrt. Ich untersuche die beiden Lampen bei einer Stromstärke, z. B. 0,5 Ampère. Dann muss sich eine verschiedene Voltenzahl ergeben, und zwar so, dass die zweite Lampe eine grössere electromotorische Kraft erfordern wird, als die erste. Allerdings erweisen sich für die erste Lampe 4 Accumulatoren, für die zweite 5 Accumulatoren nöthig, um die Stromstärke bis auf 0,5 Ampère zu bringen. — Werden die beiden Lampen im letzteren Falle eine gleiche Leuchtkraft entwickeln? Mit Nichten. Die zweite Lampe wird — weil der Faden länger — eine grössere leuchtende Fläche, also auch eine grössere Leuchtkraft aufweisen. Auch das bestätigt das Experiment.

Ich habe bei diesen Betrachtungen stets vorausgesetzt, dass die Stärke der Kohlenfäden eine gleiche sei. Variiren in den verschiedenen Lampen hingegen sowohl die Länge, als auch die Stärke der Fäden, dann sind die Lampen auf die erörterte Weise nicht zu vergleichen, sondern werden eine verschiedene Volten- und Ampèrezahl erfordern.

Für die Beschaffung ganz genauer Daten für eine jede zur Anwendung kommende Lampe hat der Arzt übrigens durchaus nicht zu sorgen. Abgesehen von dem Umstande, dass zu solchen Messungen kostspielige Instrumente gehören, sind genaue Zahlen schon deshalb unnöthig, weil sie doch nur für einen Bruchtheil der Lebensdauer einer Lampe Geltung haben, indem — wie ich schon in meinem oben ge-

Digitized by Google

nannten Aufsatze hingewiesen habe — die Stärke der Kohle mit der Arbeit ab- und der Widerstand des Fadens zunimmt. Aber Eins muss der Arzt entschieden wissen, nämlich: zwischen welchen Grenzen die electrischen Gegebenen seiner Glühlampen schwanken können. Was fängt der Arzt sonst an, wenn er beim plötzlichen Wechsel der Bezugsquelle nicht im Stande ist, die Volten- und Ampèrezahl der für ihn nöthigen Glühlampe anzugeben? Doch nicht nur zu diesem Zwecke sind die Zahlen nothwendig. Bei der Besprechung der Stromregulirung werden wir sehen, wie einfach man zu practisch wichtigen Schlüssen gelangt, wenn Einem Zahlen zur Verfügung stehen. Nur Zahlen und ihre folgerichtige Deutung gestatten — hier wie überall — einen freien Ueberblick und klares Verständniss. — Bis jetzt habe ich die Glühlampe an sich, d. h. unabhängig von der Frage, aus welcher Quelle die Lampe gespeist wird, besprochen. Gegenwärtig habe ich auf die Benutzung der Accumulatoren als Electricitätsquelle einzugehen, und zwar wiederum an dem Beispiele der Clar'schen Lampe.

Eine Glühlampe lässt sich überhaupt ohne Zahlen nicht besprechen. Welches sind also die electrischen Gegebenen der zum Clar'schen Reflector abgepassten Glühlampen? Die zwölf oben erwähnten Lampen ergaben mir Folgendes: Ich konnte nie mit unter vier Accumulatoren auskommen, habe aber auch bis jetzt nicht mehr als fünf Accumulatoren nöthig gehabt. Die Voltenzahl muss also zwischen 1,85 Volts $\times$ 4 = 7,4 Volts und 1,85 Volts $\times$ 5 = 9,25 Volts, kurz — zwischen 7—9 Volts schwanken. Nur dann erschien mir die Beleuchtung genügend. Den Widerstand habe ich oben mit 20—27 Ohm's angegeben und scheinen mir diese Lampen für eine Stromstärke von etwa 0,5 Ampère bestimmt zu sein.

Die nöthige Voltenzahl schwankt also zwischen 4—5 Accumulatoren. Nehmen wir fünf Accumulatoren, so wird die Mehrzahl der Lampen eine schöne Beleuchtung liefern, aber entschieden zu gefährlich für die Lebensdauer derselben sein. Soll die Lebensdauer in diesem Falle nicht gefährdet, so muss die Stromstärke durch Einschalten eines Widerstandes zu ihrer Norm zurückgeführt werden. — Wie fängt das der Arzt an? Es wäre gar nicht unmöglich, dass der auf diesem Gebiete wenig vertraute College sofort zu dem ersten besten Rheostaten greift, z. B. zu dem Gärtner'schen, der, von Leiter in Wien angefertigt, von mancher Seite zur Zeit lebhaft befürwortet wird — allerdings zu anderen Zwecken. Durch die Stellung des Schleifcontactes auf der ersten und zweiten Schraube des Gärtner'schen Rheostaten wird das Glühen gar nicht beeinflusst. Führe ich den Schleifcontact von der zweiten auf die dritte Schraube, so tritt totale Finsterniss ein. Das ist auch leicht zu erklären. Die Wheatston'sche Brücke ergiebt bei dem Gärtner'schen Rheostaten folgende Zahlen: bei Schraube I 0,02 Ohm, bei Schraube II 0,03, bei III 70,0, bei IV 82,0 Ohm's u. s. w.

Von welchem Gesichtspunkte aus haben wir hier also den einzuführenden Widerstand zu berechnen? Die Praxis zeigt uns, dass das Glühen der Lampe dann sichtlich beeinflusst wird, wenn der neueingeschaltete Widerstand etwa 20 pCt. des Widerstandes des Schliessungsbogens ausmacht. Hat man diesen Umstand im Auge und kennt man den Widerstand der Glühlampe, so ist es ein Leichtes, die Berechnung

Digitized by Google

des einzuschaltenden Widerstandes in Ohm's zu machen, indem, da der Widerstand der Accumulatoren und der Metallleitung im Vergleich zum Widerstande der Kohle sehr gering ist, es fast ausschliesslich auf den Widerstand der Glühlampe ankommt. Berechnen wir z. B. eine zum Clar'schen Reflector abgepasste Lampe im Durchschnitt mit 24 Ohm's, so ist ihr Widerstand im glühenden Zustande um etwa 50 pCt. geringer, also 12 Ohm's, und betragen 20 pCt. dieses Widerstandes 2,4 Ohm's. Hiermit ist der Widerstand, der das Glühen der von mir berücksichtigten Lampe entschieden beeinflusst, gegeben. Da der Widerstand der besprochenen Lampen, wie oben nachgewiesen, ein verschiedener ist, da ferner die Drähte und die Accumulatoren, die sich in den Händen der Aerzte befinden, in ihrem Widerstande um Einiges schwanken können, so sind die angegebenen 2,4 Ohm's selbstverständlich nur eine annähernde Grösse, die aber insofern von Wichtigkeit ist, als man, von dieser Grösse ausgehend, sich den nöthigen Widerstand leicht herstellen kann, weil die Differenz unmöglich eine grosse sein kann.

Es bleibt nun die Frage übrig, wie sich der Arzt einen Widerstand von einigen Ohm's leicht zurichtet. Es ist kaum nöthig, sich zu diesem Zwecke einen regelrechten Rheostaten anzuschaffen. Wenn es aber einer sein soll, so muss er für minimale Schwankungen berechnet sein. Doch kann man ganz gut ohne solche, mehr weniger theure Apparate auskommen.

Ein Neusilberdraht von 100 Meter Länge und 1 Mmtr. Durchmesser hat 26,4 Ohm's Widerstand*). Ein 3,78 Meter langer Draht würde also einem Ohm entsprechen. Lässt man einen Draht von solcher Länge in eine Spirale drehen, so hat man einen Ohm, der bequem ein- und ausgeschaltet werden kann. Ich habe mehrere solcher 14—17—20 Ctm. langer Spiralen von ½—1—2 Ohm's, die mir recht gute Dienste leisten. Da die Accumulatoren so wie so durch Leitungsdrähte verbunden werden müssen, so benutze ich statt solcher, wenn nöthig, gerade diese Spiralen.

Habe ich den mir annähernd bekannten Gegebenen im grossen Ganzen durch eine entsprechende Voltenzahl Rechnung getragen, nöthigenfalls auch einige Ohm's Widerstand eingeschaltet und erhalte ich keine genügende Lichtstärke, so verstärke ich den Strom — indem ich den Widerstand verringere —, selbst auf die Gefahr hin, die Lebensdauer der Lampe dadurch geschädigt zu sehen, denn das Endziel ist und bleibt — gute Beleuchtung**). Die endgiltige Stromregulirung für den gegebenen Augenblick soll also keineswegs durch Berechnung bestimmt, sondern einfach nach Bedarf ausgeführt werden. Der für nöthig

*) Diese Zahl hat keinen absoluten Werth, denn der Widerstand schwankt beim Neusilber abhängig vom Gehalt des Nickels. Je mehr Nickel, um so grösser der Widerstand.

**) Seitdem ich mit Glühlampen von 20 Ohm's, die mir bei regelrecht bestimmter Stromstärke nur eine ungenügende Beleuchtung lieferten, zu arbeiten hatte, bin ich von der Schonung der Lampen in solchen Fällen ganz zurückgekommen. — Es wäre sehr wünschenswerth, dass die fabrikmässig betriebene Bestimmung der Voltenzahl bei den Lampen zum Clar'schen Reflector genauer vorgenommen werde, wobei ich für Lampen nicht unter 24 Ohm's Widerstand stimme.

Digitized by Google

befundene Widerstand hat nur für eine bestimmte Zeit Geltung, und zwar bis zum Dünnerwerden der Kohle.

Auch hier muss ich des Weiteren auf den Vorzug der Accumulatoren vor der Tauchbatterie zu Beleuchtungszwecken hinweisen. Abgesehen von dem reflectirten electrischen Lichte, müssen wir noch zwei andere Methoden der Beleuchtung berücksichtigen. Ich meine die directe Beleuchtung durch Einführen der Glühlampen in Höhlen und die Durchleuchtung. Allerdings liegen diese beiden letzten Methoden, so zu sagen, noch in den Windeln und nur eine verschwindende Minderzahl der Aerzte hat sich mit diesen Methoden befasst. Welchen Aufschwung diese Methoden jedoch nehmen werden, können wir gegenwärtig noch nicht beurtheilen. Forschungen und Versuche in dieser Richtung werden jedenfalls Anerkennung finden.

Wie steht nun ein mit einer Tauchbatterie, die einer bestimmten Voltenzahl entspricht, arbeitender Arzt den Forderungen dieser drei Methoden, oder, besser gesagt, diesen drei Glühlampen, von welchen jede andere electrische Daten aufweist, gegenüber? Der erste Gedanke wird immer sein: wird die vorhandene Tauchbatterie auch der Voltenzahl der neu zu beziehenden Lampen entsprechen? Es wäre nicht unmöglich, dass der Arzt sich schliesslich zur Anschaffung einer zweiten Tauchbatterie gezwungen sehen könnte — vorausgesetzt, dass er von diesem Apparat nicht lassen wollte. Der mit Accumulatoren arbeitende Arzt wird sich hingegen gar nicht um die fragliche Voltenzahl kümmern, d. h. er wird keine Bedenken in Betreff der Leistungsfähigkeit seiner Apparate haben; er ist sicher, den Forderungen einer jeden Glühlampe durch Einschalten einer nöthigen Accumulatorenzahl gerecht werden zu können, — und fragt er nach der Voltenzahl, so ist es nur, um sich möglichst schnell in den electrischen Gegebenen und ihren Consequenzen orientiren zu können.

Galvanocaustik. Theoretisch ist zu erwägen, dass die Brenner und die Schlinge denselben Gesetzen beim Glühen unterworfen sind, wie die Kohlenfäden der Glühlampe. Es ist dabei der wichtige Punkt und Unterschied im Auge zu behalten, dass der Widerstand des Drahtes beim Glühen zunimmt. — Obgleich meine Brenner von den verschiedensten in- und ausländischen Firmen bezogen worden, bald graciler, bald massiver gearbeitet sind, so sind doch die meisten mit einem Accumulator zum Glühen zu bringen. Ein Accumulator liefert also eine genügende Ampèrezahl. Wollte ich ein schnelleres und intensiveres Glühen erzielen, so wäre eine Schaltung zweier Accumulatoren nebeneinander ziemlich resultatlos. Das ist bei meinen Accumulatoren durchweg der Fall. Ständen wir vor der Aufgabe, dickere, etwa 2 Mmtr. dicke Platindrähte zum Glühen zu bringen, dann wäre allerdings unter Anderem die Schaltung der Accumulatoren parallel, d. h. auf grosser Oberfläche, am Platze. Doch werden Drähte von solcher Stärke in der Galvanocaustik kaum in Anwendung kommen. Genügt mir also ein Accumulator nicht, so nehme ich zwei hintereinander. Allerdings erwärmen sich bei dieser Vergrösserung der Voltenzahl selbst die Kupferdrähte der Brenner um Einiges, doch nicht so beträchtlich, dass ich deshalb von dieser Gruppirung Abstand nehmen müsste. So steht es mit meinen Brennern. Es sei jedem Arzte überlassen, bei den seinigen die günstigste Combination auf dem Wege des Experiments zu bestimmen. — Die Brenner haben

Digitized by Google

im kaltem Zustande einen sehr geringen Widerstand. So hat bei mir ein Flachbrenner nur 0,01 Ohm.

Der Verbrauch der Ladung ist bei der Anwendung der Galvanocaustik sehr bedeutend. Ein Brenner erforderte im Moment intensiver Weissgluth 16 Ampères bei Schaltung zweier Accumulatoren hintereinander. Im grossen Ganzen sollen diese schnellen Entladungen den Accumulatoren nicht besonders zuträglich sein, indem es zur Gasbildung und Abstossung der Bleihyperoxydmasse kommen kann. Doch habe ich die Ueberzeugung nicht davontragen können, dass die zur Galvanocaustik verwandten Accumulatoren mehr litten, als die zur Beleuchtung benutzten.

Zur Einschaltung eines Widerstandes habe ich selten zu schreiten nöthig gehabt. Gesetzt aber den Fall, man wäre gezwungen, einen Widerstand einzuschalten, so müsste derselbe natürlich ein minimaler sein und am besten durch Kupferdräthe ausgeführt werden. Nehme ich hingegen zwei Accumulatoren hintereinander und eine Neusilberspirale von z. B. $^1/_2$ Ohm Widerstand, so erglüht ein Brenner gar nicht, die Spirale hingegen erwärmt sich recht beträchtlich, weil in ihr der Hauptwiderstand der ganzen Kette zu suchen ist.

Faradisation. Da der Inductionsstrom practisch nicht immer bequem zu messen ist, da ferner der Widerstand des Körpers bei jeder neuen Application variirt, so erscheint der Wunsch, wenigstens in der Stärke des inducirenden Stromes eine möglichst constante Grösse zu besitzen, zum Mindesten gerechtfertigt. Das Element Grenet, das man überall neben den Inductionsapparaten nicht nur abgebildet, sondern auch im Gebrauch findet, besitzt zwar eine grosse electromotorische Kraft und einen geringen inneren Widerstand, kann sich aber in der Beständigkeit des Stromes mit dem Accumulator wegen schneller Erschöpfung der Flüssigkeit nicht messen.

Es fällt mir durchaus nicht ein, nur des Inductionsapparates wegen die Anschaffung eines Accumulator zu befürworten. Allein ich bin der Ansicht, wer sich diese Apparate z. B. Zwecks Galvanocaustik angeschafft hat, wohl thun wird, dieselben auch für die Faradisation zu benutzen. Das einzige Bedenken wäre, dass der Strom zu stark sein und die Primärspirale sich erwärmen könnte. Auf die letzte Erscheinung ist ausser der Spannung des Stromes die Stärke des Drahtes von Einfluss. Der Accumulator wäre allerdings nicht zu gebrauchen bei dem dünnen Drahte jener Inductionsapparate, die — man käme in Versuchung zu glauben — mehr „für die Westentasche", als zum Nutzen der Kranken construirt erscheinen. Von diesen Apparaten rede ich hier nicht. Nehmen wir einen du Bois-Reymond'schen Schlittenapparat von mittleren, überall vorkommenden Dimensionen (die Secundärspirale meines Apparates z. B. hat, von dem Gestell abgesehen, eine Länge von 7,5 Ctm.), so ist selbst nach längerer Arbeit eine kaum nennenswerthe Temperatursteigerung der Primärspirale zu constatiren. Die Stromstärke der Secundärspirale können wir beliebig abschwächen. Bei dem Primärstrom ist es anders; hier kann, selbst nach Entfernung des Eisenkernes und gleichzeitigem Metallschlusse der Secundärspirale in sich, der Strom noch zu stark erscheinen. Bei meinem Apparat genügt das Einschalten von 2 Ohm's, um einen ganz schwachen Primärstrom zu erzielen. Wie der Primär- und

Digitized by Google

der Secundärstrom dann gesteigert werden können, setze ich natürlich als bekannt voraus.

Selbst in jenen Fällen, wo der Accumulator bei dem Inductionsapparate ohne Widerstand benutzt werden könnte, hat das Einschalten eines solchen schon den Vorzug, dass dadurch die Platinspitze des Stiftes geschont und jeder unnützen Verschwendung der Ladung entgegengearbeitet wird, indem selbstverständlich die Entladung des Accumulators um so langsamer vor sich geht, je grösser der zu überwindende Widerstand.

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Die Bacterien des Cerumens. Von Dr. F. Rohrer. (Archiv f. Ohrenhlkde., Band 29, 5.)

R. untersuchte 50 Ceruminalpfröpfe nach der bekannten Koch'schen Methode und konnte hierbei beobachten, dass eine grosse Anzahl von Bacterien im Cerumen existiren und sich von da aus in geeigneten Nährböden entwickeln können, dass ausser einer Majorität saprophytischer Species mehrere der Pathogenität suspecte Formen vorkommen, dass aus verschiedenen Medien stammende, in den Gehörgang gelangte Schizomyceten in dem dort befindlichen Cerumen perenniren können und dass ein öfteres Vorkommen gleicher Formen bei verschiedenen Individuen als sicher anzunehmen ist. R. weist ferner darauf hin, dass das spontane Auftreten superficieller, circumscripter und diffuser Entzündungen im äusseren Gehörgange und namentlich auch das Vorkommen subacuter eitriger Entzündungen im Zwischenraum von einem Ceruminalpfropfe bis zum Trommelfelle durch die pathogenen Bacterien des Cerumens genügend erklärt seien. Gomperz.

Ueber die Endigung des Nervus cochleae im Corti'schen Organ mit Demonstration von Präparaten. Von Dr. L. Katz*). (Archiv für Ohrenheilkunde Band 29, VI.)

Die rein anatomisch-histologische Arbeit beschäftigt sich mit der Darlegung der fremden und eigenen Beobachtungen über den Verlauf der radiären und spiralen Nervenfasern von den Foram. nervinis der Membrana basilaris an bis zu den Epithelgebilden des Corti'schen Organes. Gomperz.

Acustisch-physiologische Studien, verwerthet für die praktische Ohrenheilkunde. Von Dr. Hermann Dennert. (Ibidem No. VIII.)

Dennert bekennt sich auf Grund seiner physikalischen Experimente und Beobachtungen an Gesunden und Ohrkranken zu der Ansicht, dass

*) Vortrag, gehalten auf der 62. Naturforscher-Versammlung in Heidelberg.

Digitized by Google

es bis jetzt in keiner Weise bewiesen sei, dass Geräusche und Klänge ganz differente Schallqualitäten und die Schneckengebilde zur Auslösung beider nicht ausreichend wären.

D. empfiehlt ferner neben den üblichen Stimmgabeluntersuchungen die Prüfung des Hörvermögens auf kurz dauernde Reize und erblickt darin ein neues Princip der Hörprüfung; er übt sie durch rasches Vorüberführen tönender hoher und tiefer Stimmgabeln vor dem Ohre und durch Verwendung von hoch und tief gestimmten Resonatoren aus Pappe, welche beim Anschlag mit einem daran fixirten Hämmerchen, dessen Hubhöhe regulirbar ist, einen kurzen Schall geben. Inwieweit diese Prüfungsmethode sich der Diagnostik wird dienstbar machen lassen, kann jedoch D. noch nicht angeben. Gomperz.

Seltene Infection des Labyrinthes, wahrscheinlich durch den Scharlach des Kindes entstanden. Von Dr. E. Baumgarten. (Gyògyàszat, 1891, No. 40.)

B. beschreibt einen seltenen und interessanten Fall einer Labyrinthinfection bei einer Dame. Dieselbe wurde wegen Otitis media catarrhalis sinistra, Rhinitis und Hypertrophie der Rachentonsille behandelt und geheilt. Darauf bekam ihre kleine Tochter Scharlach, und waren beiderseitig die Ohren erkrankt. Es war starke Eiterung, Verlust der Trommelfelle, Affection der Proc. mastoidei eingetreten, totale Taubheit, hohes Fieber etc. Die Kleine genas und fing an, langsam zu hören. Der Zustand besserte sich im Verlaufe immer mehr, so dass nach 3 Jahren das weiter unten erwähnte Resultat aufgewiesen werden konnte. Kaum hatte sich die Kleine vom Scharlach erholt, erkrankte über Nacht die Mutter, die am Ende der Gravidität war, an heftigen Ohrenschmerzen, Fieber, Sausen, Brausen, Schwindel etc. und musste wegen Otitis media acutissima beiderseitig die Paracentese gemacht werden, doch trat den anderen Tag totale Taubheit ein, so dass eine acute beiderseitige Labyrinthitis angenommen werden musste. Der Mittelohrcatarrh heilte noch im Wochenbette, so dass nach 2 Monaten am Trommelfelle nichts Abnormes mehr zu sehen war. Von allen Mitteln hat, besonders beim starken Sausen, sich am besten Injection von Jodkali-Cocainlösung in's Mittelohr bewährt. Befund nach 3 Jahren bei der Tochter für beide Ohren: Uhr 5—6 Ctm., Flüstersprache 2 Mtr., laute Sprache 6 Mtr., tiefe Trompete nicht, Pfeife gut, Galtonpfeife schmerzhaft, doch obere Grenze unter dem Normalen; Mutter für beide Ohren: Uhr 0, Flüstersprache an Tagen, an welchen sie nicht aufgeregt ist, vor dem Ohre, Zischlaute nicht, laute Sprache bis 2 Mtr., Zahlen besser, die tiefe Trompete immer, Pfeife und Galtonpfeife absolut nicht, tiefe Stimmgabeln bis ungefähr zum normal A, darüber nicht. Die Dame ist sehr musikalisch, am Anfange, als das Gehör wiederkehrte, hatte sie viel von der Dissonanz zu leiden, jetzt nicht mehr, wenn sie selbst spielt.

B. nimmt an, dass beim Kinde die Infection durch die Art. auditiva erfolgte, das Labyrinth ergriffen wurde und eine Mittelohreiterung entstand, Resorption erfolgte und nur die oberste Windung der Schnecke zu Grunde ging; bei der Mutter, die die Kleine pflegte, die Infectionskeime in die Nase und Nasenrachenraum kamen, durch die Tuben in

Digitized by Google

das Mittelohr drangen, hier starke Eiterung erzeugten und auch in das Labyrinth wanderten. Die Heilung im Mittelohre erfolgte rasch, doch hat sich, wenn die Helmholtz'sche Theorie richtig ist, nur ein kleiner Theil der Schnecke erhalten, und zwar nur der oberste Theil, während die unteren Windungen zu Grunde gingen. Möglich, dass Hensen Recht hat, dass bei der Mutter die ganze Schnecke zu Grunde gegangen ist und sie durch andere Theile des Labyrinthes hört. Lg.

Ueber die acute Eiterung und Entzündung in den Zellen des Warzenfortsatzes und ihre Heilung durch Ausmeisselung der Zellen ohne Eröffnung des Antrum mastoideum. Von Dr. Hessler. (Archiv f. Ohrenheilkde. Band 27, XI, XVI, Band 28, I.)

Die sehr fleissige Arbeit soll die Aufmerksamkeit der Ohrenärzte auf die schon von Bezold u. Hedinger beschriebenen Formen der Warzenfortsatzerkrankungen hinlenken, welche sich nicht durch direkte Fortleitung der eitrigen Entzündung auf dem Wege des Antrum mastoideum entwickeln, sondern gleichzeitig mit der Mittelohreiterung in Zellen auftreten, welche mit dem Antrum keine Communication zeigen. Es sind das jene Formen, bei denen die Entzündungserscheinungen, wie schon Bezold erkannte, zuerst und ganz circumscript an der Spitze des Warzenfortsatzes auftreten, während bei Eiterretention im Antrum die Druckempfindlichkeit und Anschwellung der vorderen oberen Partie des Warzenfortsatzes entspricht. Für die ersteren Fälle passt nicht die Eröffnung des Antrum mastoideum, sondern die viel einfachere Blosslegung des Empyems in den Warzenzellen, welche Operation H. Excision des Warzenfortsatzes nennt. Von 23 derartigen Fällen führte H. 22 zur Heilung. Bezüglich der Details der Krankengeschichten verweisen wir auf das Original. Gomperz.

Ueber den Missbrauch des Politzer'schen Verfahrens bei der Behandlung von Ohrenkrankheiten. Von Prof. Dr. K. Bürkner. (Berl. clin. Wochenschr., 3. Nov. 1890.)

Der Autor hat sich die Aufgabe gestellt, im Interesse des Politzer'schen Verfahrens, dessen Erfindung er als einen Fortschritt von epochemachender Bedeutung anerkennt, der wie kein anderer Umstand die junge otologische Disciplin rasch und nachdrücklich gefördert und verbreitet hat, vor den immer mehr überhandnehmenden Missgriffen zu warnen, welche bei kritikloser, fehlerhafter Verordnung seinen Werth herabsetzen können.

B. macht zunächst darauf aufmerksam, dass beim Politzer'schen Verfahren die Luft in beide Ohren streichen und bei einem einseitigen Passagehindernisse in der Tuba um so leichter in das gesunde Ohr eindringen könne. Die so hervorgerufene Drucksteigerung erzeugt im gesunden Ohre, wie schon Politzer es ausgeführt hat, ein Gefühl von Völle und eine Verminderung der Hörschärfe, welche bei öfterer Wiederholung das vorher gesunde Ohr dauernd schädigen könne; eine deutlich wahrnehmbare Erschlaffung des Trommelfelles zeige sich dann als die Ursache der bisweilen erheblichen Verminderung der Hörfähigkeit. B. hält daher das Politzer'sche Verfahren im Allgemeinen nur im kind-

Digitized by Google

lichen Lebensalter für indicirt, und zwar bei den acuten Mittelohrkatarrhen und den Paukenhöhleneiterungen mit Durchbruch des Trommelfelles ohne Weiteres, bei den chronischen Mittelohrkatarrhen ohne Sklerose, falls beide Ohren befallen sind. Bei einseitiger Affection dagegen, sowie bei Erwachsenen, solle man, wo es sich durchführen lasse, den Katheterismus ausführen.

Bezüglich der Anwendung des Politzer'schen Verfahrens in Fällen, wo keine Indication hierfür vorlag, hat Bürkner ganz merkwürdige Erfahrungen gesammelt. So erzählt er, das Politzer'sche Verfahren angewendet gesehen zu haben bei unschuldigen Affectionen des Gehörganges, des Labyrinthes; einst sah er einen Patienten, welcher ein Vierteljahr lang mit dem Politzer'schen Verfahren behandelt worden war, obwohl seine Schwerhörigkeit lediglich auf einer Cerumenansammlung beruhte.

Der Selbstbehandlung Ohrenkranker mit dem Politzer'schen Verfahren weiss der Verfasser ebenfalls wenig Gutes nachzusagen; es ist eine gefährliche Waffe in der Hand der Laien, die sich gar oft an die Vorschriften des Arztes nicht kehren, das Verfahren zu häufig anwenden, und (bei einseitiger Affection) der Besserung im kranken Ohre gewöhnlich mehr Beachtung schenken, als der zunächst vorübergehenden, dann aber sich dauernd etablirenden Dumpfheit und Schwerhörigkeit auf dem gesunden Ohre. Auch persistirende Geräusche können sich nach allzu ausgiebigem Gebrauche des Politzer'schen Verfahrens entwickeln. Die Ueberlassung des Ballons an Laien führe auch dazu, dass dieser Ballon, der dem Einen gut gethan hat, nunmehr im Kreise aller ohrleidenden Bekannten herumwandere, wobei Schaden genug gestiftet werde. Trommelfellrupturen kämen nicht nur beim Politzer'schen Verfahren, sondern auch beim Katheterismus vor, allerdings nur an schon vorher erkrankten, abnorm dünnen, verkalkten, oder unregelmässig gespannten Membranen.

Schliesslich erwänt B. das häufig vorkommende gewaltsame Eindringen der comprimirten Luft in den Magen des Patienten, das vielen Kranken so lästig sei, dass sie sich lieber den Katheter einführen lassen. Gerade deshalb ist Bürkner, obwohl er es noch täglich ungezählte Male ausführe, mit dem Politzer'schen Verfahren immer weniger freigebig geworden. Gomperz.

Ueber Pyoktanin bei Stirnhöhleneiterung. Von Dr. Katzenstein (Assistent der Baginsky'schen Policlinik). (Therapeut. Monatshefte 1891, September.)

Der Aufsatz, welcher sich gegen die von Cholewa (Therap. Monatshefte 1891, März) gerühmten Erfolge der localen Anwendung von Pyoktanin bei Empyem der Stirnhöhle richtet, ist besonders dadurch auffällig, dass der Autor auf Grund zahlreicher Versuche am Lebenden sowie besonders an Sagittalschnitten durch Schädel zu dem „unantastbaren" Resultate gelangt, dass die Sondirung der Stirnhöhle nicht möglich ist, jedenfalls nicht ohne Läsion von Siebbeinzellen, und auch dann nur in Ausnahmsfällen. K. geht sicherlich mit seiner gegentheiligen Behauptung zu weit. Unzweifelhaft gelingt die Sondirung in manchen, nicht zu seltenen Fällen, und zwar ohne Siebbeinläsion, selbst ohne Knickung

Digitized by Google

oder Abtragung der mittleren Muschel; der Beweis für die erfolgreiche Sondirung ist allerdings meist nur indirect aus der Lage und Länge des eingeführten Sondenstücks zu erbringen, jedoch fehlt es auch nicht an directen Beweisen; so beobachtete Ref. in einem Falle beim Durchspritzen durch die in die rechte Stirnhöhle eingeführte Canüle den Austritt der Flüssigkeit aus der linken Nasenseite; die Annahme der Circulation der Flüssigkeit durch die Choanen konnte durch die darauf angestellten Beobachtungen ausgeschlossen werden. Es bestand hier also zwischen den Stirnhöhlen eine Communication und war das Resultat der Einspritzung der directe Beweis für die richtige Lage der Canüle in der rechten Stirnhöhle. Zahlreiche Erfahrungen vieler Autoren über die Ausführbarkeit der Sondirung sprechen ebenfalls für dieselbe (cf. u. A. diese Monatsschrift 1888, pag. 269. — 1890, pag. 46). Keller.

---

b) Rhinologische:

Behandlung der Ozaena mittelst Höllensteinzerstäubungen. (Traitement de l'ozène par les pulverisations de nitrate d'argent.) Von Dr. Meijer. (Semaine médicale und Revue de laryngologie No. 4, 1891.)

Verf. entfernt zuerst mittelst trockener Baumwolle Krusten und Secrete, wendet dann 2 proctge. und in steigender Dosis bis 25 proctge. Höllensteinlösung an; die Canüle des Zerstäubers muss tief in die Nase eingeführt werden. Verf. behauptet, in einigen Wochen Heilung zu erzielen. Dr. P. K.

Tic douloureux als Folge einer Exostose der Nasenscheidewand. (Tic douloureux produit par une exostose de la cloison nasale.) Von Dr. Gillian. (New-York medic. Journal und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 5, 1891.)

Resection der Nervi infra- und supraorbitalis halfen nicht. Eine zwischen Vomer und Cartilago triangularis am Septum aufsitzende Exostose wurde operirt und der Tic heilte. Dr. P. K.

Aetzen der mittleren Nasenmuschel mit folgender tödtlich verlaufender Meningitis. (Cautérisation du cornet moyen suivie de méningite mortelle.) Von Dr. F. Quinlan. (Medical Record und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 5, 1891.)

Ein 16jähriges Mädchen hatte verschiedene intranasale Operationen gut überstanden; nach einer neuen mittelstarken Aetzung der mittleren Nasenmuschel entstand Meningitis, welche in einigen Tagen zum Tode führte. Dr. P. K.

Asepsis bei intranasalen Operationen. (The Aseptic Method as Applied to Intra-nasal Surgery.) Von John O. Roe, Rochester, N.-Y. (The Medical News, 28. März 1891.)

Die Absicht des Verf.'s besteht darin, das Operationsfeld nach gehöriger Desinfection möglichst hermetisch abzuschliessen. Zu diesem Zwecke führt er passend geformte Metallplatten (aus Zinn, Kupfer oder

Digitized by Google

Aluminium) ein, welche mit Angora-Wolle oder Sublimat-Watte gehörig umwickelt sind. Verf. rühmt dieser Methode viele Vortheile nach. Ob man jedoch mit derselben eine bessere Asepsis erzielen kann, als mit einem einfachen Watte-Tampon (i. e. Bor- oder Sublimat-Watte oder dergl.), möchte Ref. noch sehr dahingestellt sein lassen.

W. Freudenthal (N.-Y.).

Syphilitischer Schanker der Nasenscheidewand. (Chancre syphilitique de la cloison des fosses nasales.) Von Dr. A. Marfan. (Annales de dermatologie et de syphiligraphie und Revue de laryngologie No. 2, 1891.)

Seltene Fälle. Ein 17jähriger Mann zeigt rechts an der Nasenscheidewand, 1 Ctm. nach hinten, einen runden, gelbweiss belegten, unbeweglichen Tumor, der die Grösse einer Haselnuss hat; die grosse Härte war auffallend; Heilung durch antisyphilitische Behandlung.

Dr. P. K.

Nasendiphtheritis schwer bei Kindern zu erkennen. (Diphtheries nasales de diagnostic difficile dans l'enfance.) Von Dr. Emmet Holt.

Verf. erzählt zwei schwierige Diagnosen. In der ersten bestand der Nasalfluss während zwei Wochen, ehe Mandeldiphtheritis auftrat; man bemerkte erst nach 20 Tagen eine Membran in der Nase. In dem zweiten Fall bestand der Ausfluss während 29 Tagen, ohne dass Pharynxdiphtheritis auftrat; Tod durch Collaps. Bei beiden Kindern bestand keine Ganglienschwellung; das sicherste Zeichen besteht vielleicht in den kleinen Blutungen, welche den Nasalfluss begleiten. Dr. P. K.

Fremdkörper 24 Jahre in der Nase. (Corps étranger ayant séjourné dans le nez pendant 24 ans.) Von Dr. Mayor. (New-York medical Journal und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 5, 1891.)

Den Kern des Rhinolithen bildete eine Glasperle. Es bestanden weder Reizungserscheinungen, noch fötider Ausfluss. Dr. P. K.

Rouge's Operation zur Entfernung eines Nasen-Sequesters. (Rouge's Operation for the Removal of a Nasal Sequestrum.) Von Charles H. Knight, New-York. (Medical News, 3. Januar 1891.)

Ein 35jähriger Kellner, der schon zu verschiedenen Malen von Verf. wegen Lues behandelt worden war, kam jetzt mit folgenden Erscheinungen wieder: Das Septum narium war fast ganz zerstört. Die Schwellkörper waren verschwunden und ein grosser Sequester lag theilweise losgelöst auf dem Boden der Nase. Eine Perforation des harten Gaumens war „ganz warm". Der mittlere Schneidezahn, sowie der Processus alveolaris und der Oberkiefer selbst fehlten an dieser Stelle.

Pat. selbst hatte kein Geruchsvermögen mehr, aber der Geruch aus seiner Nase war beinahe unerträglich. Operation — Heilung. Verf. spricht sich sehr lobend über diese Operation aus, vorausgesetzt, dass sie für ähnliche Fälle, wie der obige ist, unternommen wird.

W. Freudenthal (N.-Y.).

Digitized by Google

Aristol bei Nasen- und Halskrankheiten. (Notes on Aristol in the Treatment of the Diseases of the Nose and Thoval.) Von Wendell C. Phillips, New-York. (The Journ. of the Am. Med. Association, 3. October 1891.)

Verf. berichtet über sehr gute Erfolge, namentlich bei Ozaena. Er wendet das Pulver in Form eines Sprays an (6 - 10 pCt.), den er dadurch herstellt, dass er zunächst das Aristol in etwas Mandelöl auflöst und dann das flüssige Petroleum zusetzt.

W. Freudenthal (N.-Y.).

Kritik.

A treatise on diseases of the nose and throat. Von F. H. Bosworth, M. D. (New-York, 1890.)

Der erste Band des Werkes liegt in einer prachtvollen Ausstattung, wie wir sie ja bei den Werken unserer englischen und amerikanischen Collegen gewohnt sind, 670 Seiten stark mit 4 farbigen Tafeln und 182 Holzschnitten vor uns. Er handelt über die Krankheiten der Nase und des Nasopharynx und zeigt auf jeder Seite den erfahrenen Practiker und den wissenschaftlich gebildeten Arzt, den er zum Verfasser hat.

Den Anfang macht ein allgemeiner Theil über die Arten der Untersuchung, Allgemeines über Behandlung, ebenso über Anatomie, Physiologie und Entzündung der Schleimhäute. Das vierte Kapitel über Erkältung im Allgemeinen ist besonders gelungen, sehr ausführlich und enthält eine Menge practischer Winke und Beobachtungen. Es folgt ein weiteres ausführliches Kapitel über die Anatomie der Nase und dann eins über die Physiologie, in welchem, wie überhaupt im ganze Buche, die Ergebnisse der neuesten Forschungen auch der ausländischen Autoren gebührend berücksichtigt sind. In den folgenden Abschnitten über die einzelnen Krankheiten der Nase sind dieselben in grosser Ausführlichkeit besprochen, vielleicht etwas zu ausführlich. Störend und nicht nöthig sind auch die vielen Wiederholungen, die sich dadurch zum Theil erklären, dass Verf. erst im allgemeinen Theil Fragen bespricht, die er dann im speciellen Theil noch einmal des Genaueren behandelt. Ref. möchte unter den vielen sehr gelungenen Abschnitten nur einzelne hervorheben, so den über den chronischen Catarrh, in welchem unter den Ursachen sehr richtig die Allgemeinstörungen des Körpers, wie Verdauungs- und Herzkrankheiten sehr betont werden. Ref. stimmt darin sehr mit dem Verf. überein, ebenso in Bezug auf die Behandlung mit den Ansichten desselben über die Nothwendigkeit der Freilegung der Nase für die Athmung. Sehr gut sind auch die Abschnitte über die Reflexerkrankungen und die Verbiegungen der Scheidewand, über welche Verf. ja schon früher Tüchtiges geschrieben. Auch in dem über die Syphilis sind die Erfahrungen einer ausgedehnten Praxis niedergelegt. Nicht beistimmen kann ich ihm in dem Rath, die Siebbeinzellen von dem oberen Nasengang aus zu eröffnen. Die Abbildungen von Zuckerkandl und die neuesten so schönen von B. Fränkel zeigen sehr deutlich, dass der Zugang von der unteren Seite der mittleren Muschel aus sehr viel sicherer ist. In dem zweiten grösseren Abschnitt über die Krankheiten

Digitized by Google

des Nasopharynx möchte ich nur hervorheben, dass er als einen guten Beweis für das Vorhandensein von adenoiden Vegetationen anführt, dass ein in das eine Nasenloch gemachter Spray aus dem anderen nicht wieder herauskommt, was er bei freiem Cavum in derselben Stärke thut.

Der dritte Abschnitt handelt von der Chirurgie der äusseren Nase, den verschiedenen Arten, dieselbe zum Zweck von Operationen in der Nase frei zu legen und von den verschiedenen Arten der Rhinoplastik. Alle diese Methoden sind durch Holzschnitte und farbige Tafeln erläutert.

Es hat dem Ref. ein wirkliches Vergnügen bereitet, das Buch durchzulesen. Hoffentlich wird der zweite Band über die Krankheiten des Kehlkopfs bald nachfolgen. Dr. M. S.

c) Pharyngo-laryngologische:

Tuberculöses Geschwür und Psoriasis an der Zunge. (Ulcération tuberculeuse et psoriasis de la langue.) Von Dr. Thompson. (Bulletin médical und Revue mensuelle de laryngol. et d'otol. No. 11, 1889.)

Ein 51jähriger Mann zeigte neben einem grossen Polypen ein am äusseren Zungenrande nach vorne sitzendes tub. Geschwür. Neben diesem tuberculösen Geschwür befanden sich unregelmässige, graue Plaques von Leucoplasie. Patient starb an Tuberculose und das Microscop bestätigte in Allem die Diagnose. Dr. P. K.

Scharlachähnliches Erythem und Pharynxerythem. (Erythème scarlatiniforme et erythème de la gorge.) Von Dr. Bourdel. (Le Courrier médical und Revue mensuelle de laryngol. et d'otol. No. 11, 1889.)

Ein 7jähriges Kind zeigte ein scharlachähnliches Erythem über den ganzen Körper; kein Fieber, kein Eiweiss im Urin, nur leichte Desquamation wie bei jedem Erythema. Dabei bestanden Halsschmerzen, der Pharynx war erythematös geröthet, ohne Mandelschwellung und ohne die dem Scharlach characteristische Rothweinfarbe zu zeigen. Das Beispiel ist interessant, weil es das Zusammenbestehen von Erythema des Halses mit Hauterythem, ähnlich wie bei Scharlach, aber ohne Scharlach zu sein, beweist. Dr. P. K.

Choc der Glottis. (Choc nerveux de la glotte.) Von Dr. Abate. (Archiv. internaz. di laringol. 1889 und Revue mensuelle de laryngol. et de rhinologie No. 12, 1889.)

Ein vom Blitz getroffener Hund fiel zu Boden und bekam starke Krämpfe. Als er aufstand, war er stimmlos; die Aphonie dauerte vier Monate, nach welcher Zeit das Thier einige schwache Töne Anfangs und dann nachher allmählig seine normale Stimme wieder hervorbringen konnte. Dr. P. K.

Ein Fall von Laryngealictus. (Un cas d'ictus laryngé.) Von Dr. Garel. (Revue mensuelle de laryngol. et d'otologie No. 12.)

Seltenes Leiden, welches statt des alten Namens Vertigo laryngealis mit dem Namen Ictus laryngealis von Charcot benannt wurde. Ein 42jähriger Mann, an Gicht leidend, hustet seit einigen Jahren. An einer

Digitized by Google

von dem Kranken als genau über dem Larynx gelegen bezeichneten Stelle empfindet er ein ungewöhnliches Gefühl, dem ein Ictus folgte: Patient verlor während einiger Secunden das Bewusstsein. Nach 11 Monaten traten 3 neue solche Anfälle auf: Mit dem eigenthümlichen, genau localisirten Gefühl tritt trockener, quälender Husten ein, der eine Zeit lang dauert; das Gesicht röthet sich, Patient glaubt zu ersticken, es treten clonische Krämpfe, namentlich am rechten Oberarme ein; es tritt Bewusstlosigkeit mit blasser Gesichtsfarbe ein; dies dauert einige Secunden, Patient kommt zu sich und erinnert sich an Alles, namentlich der clonischen Krämpfe. Es besteht chronische Bronchitis mit Emphysem. Tabes besteht nicht.

Das Leiden tritt bei Gicht, Rheuma, chronischer Bronchitis, Alcoholismus, Tabes (Charcot und Féréol) ein, beginnt mit dem eigenthümlichen Gefühl, das man als Aura laryngea bezeichnen kann.

Die Behandlung besteht in der Herabsetzung der Reflexerregbarkeit der Larynxmucosa; am besten wirkt die locale Behandlung mittelst Cocain.

Dr. P. K.

Larynxexcisen bei Tabetikern. (Crises laryngées tabétiques.) Von Dr. Lucas-Championnière. (Journal de méd. et de chirurgie pratique und Revue mensuelle de laryngol. No. 12, 1889.)

Bei leichteren Graden kommt keuchhustenartiger Husten mit Pfeifen; in einem mehr ausgesprochenen Grade kommen Apnoe, epileptiforme Krämpfe; in den schwersten Formen tritt plötzlicher Tod ein. In manchen Fällen hat die Tracheotomie erleichtert. Ictus laryngeus und permanente Larynxkrämpfe können auch eintreten.

Fortwährende Dyspnoe mit Abductorenlähmung, hysterisches Stummsein können auch eintreten.

Inhalationen von Chloroform und Aether, Bromkalium, starke Hautreize.

Dr. P. K.

Retropharyngealabscesse, 2 Fälle von Einschneiden mit asphyctischen Symptomen. (Abcès rétropharyngiens, deux cas d'incision suivie de phénomènes d'asphyxie.) Von Dr. Témoin. (Revue mens. des maladies de l'enfance und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 1.)

Die zwei Kinder bekamen nach dem Einschnitt Erstickungserscheinungen und wurden nur durch künstliche Respirationsbewegungen bei herabhängendem Kopfe gerettet. Sie starben bald nachher an Pneumonie. Man soll daher, wie Desprès anräth, den Abscess zuerst mit einem Troiscart punctiren, etwas Eiter durch die Canüle abfliessen lassen und dann erst den Schnitt in die so gemachte Oeffnung machen.

Dr. P. K.

Fractur der Cartilago thyreoidea. (Fracture of the Thyroid Cartilage.) Von George L. Morgenthau, Chicago, Ill. (The Journ. of the Am. Med. Association, 10. October 1891.)

Wie ausserordentlich leicht die Fracturen des Schildknorpels verlaufen können, zeigt folgender vom Verf. beobachteter Fall: Ein 40jähr.

Digitized by Google

Handwerker war vor 3 Monaten auf den Hinterkopf von einer schweren Last getroffen worden, als er sich über ein Geländer lehnte, so dass sein Hals vollständig zusammengepresst wurde. Er hustete etwas Blut aus und wurde sofort aphonisch. Das einzige Symptom am nächsten Tage war Heiserkeit und nur deretwegen kam er später zum Verf. Die Untersuchung ergab eine deutliche Fractur der l. Cart. thyr. (Crepitation etc.). Die Taschenbänder waren stark geschwollen und die Stimmbänder konnten nicht gesehen werden. Emphysen war nie vorhanden gewesen. Näheres über diese immerhin nicht häufigen Brüche sind in dem interessanten Original nachzulesen. Da Patient absolut keine Schmerzen hatte, wurde von einer Sutur Abstand genommen.

W. Freudenthal (N.-Y.).

Locale Behandlung des Empyems des Sinus maxillaris. (Traitement local de l'empyème du sinus maxillaire.) Von Dr. A. Bronner. (The Lancet und Revue mensuelle de laryngol. et d'otol. No. 11, 1889.)

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Die chronische Form ist viel häufiger, als allgemein angenommen wird; 2) in vielen Fällen besteht kein characteristisches Merkmal; 3) das Empyem ist oft die Ursache einer einseitigen chronischen Rhinitis; 4) das Empyem kann die für die Ozaena characteristischen Symptome hervorrufen; 5) meistens ist sie nicht durch ein Zahnleiden, sondern durch Erkrankung der Nasenmucosa hervorgerufen; 6) zur Behandlung öffnet man am besten den Sinus in der Nasenhöhle.

Dr. P. K.

Zur Casuistik der Fremdkörper im Kehlkopfe. Von R.-A. Dr. Paul Winternitz und Dr. Justyn Karlinski in Stolać. (Prager medicin. Wochenschrift No. 37, 1890.)

Eine 16jährige Bäuerin hatte Nachts bei unvorsichtigem Wassertrinken einen Blutegel verschluckt. 7 Tage nachher, während welcher Zeit sie an Heiserkeit, Hustenreiz und Blutspucken litt, meldete sie sich im Truppen-Ambulatorium zu Stolać und erblickte man daselbst thatsächlich mittelst Kehlkopfspiegels den Körper eines Blutegels, welcher mit seinem Saugende an der inneren Fläche der Epiglottis, dicht bei den wahren Stimmbändern angeheftet war und sich bewegte, wobei das Schwanzende bald längs des Kehldeckels nach oben, bald an den Stimmbändern, bald in die Glottis zu liegen kam. Das Thier, mit Blut vollgesogen, verursachte bei seiner tiefen Lage Hustenreiz und Erstickungsanfälle. Alle Extractionsversuche misslangen, zumal der Egel mit seinem Saugende an der Epiglottisschleimhaut ungemein fest haftete. W. und K. liessen nun die Kranke 5 Minuten lang mittelst Siegle'schen Apparates concentrirte Salzlösung inhaliren und gelang es hiernach mühelos, das Thier mit einer Kornzange am Schwanzende zu packen, von der Schleimhaut loszulösen und heraus zu befördern. Die hierauf folgende geringe Blutung sistirte bald. Der Blutegel gehörte zu der Art der sog. Pferdeblutegel und maass 5 Ctm. in der Länge und 1 Ctm. an der breitesten Stelle.

Beschorner.

Digitized by Google

Reflexe und namentlich Halsreflexe nach Uteroovarialoperationen. (Des reflexes observés après les operations utéroovariennes et surtout du reflexe guttural.) Von Dr. Championnière. (Pratique médicale und Revue mens. de laryngol. et d'otol. No. 11, 1889.)

Ataxie und Adynamiesymptome folgen oft den Uteroovarialoperationen; sie sind durch ein Symptom, welches man nach keiner anderen eingreifenden Operation beobachtet, gekennzeichnet: es ist ein Halssymptom, welches Verf. mit dem Namen „Crachotement" belegt; die Frauen empfinden das Bedürfniss, fortwährend auszuspucken, das Ausspeien von Schleim nimmt aber dieses Bedürfniss nicht weg. In schwereren Fällen dauert dieses Bedürfniss unablässig fort und es folgt sogar Erbrechen. Dieses „Crachotement" ist sehr ähnlich dem fortwährenden Speien, das oft am Anfang einer Schwangerschaft auftritt. Verf. hat es auch einmal bei einer Haematocele retrouterina beobachtet. — Vor der Operation soll man Morphium, Chloral und namentlich Bromkalium anwenden.

Larynxerysipel, Tubage, Laryngotomie. (Erysipèl du larynx, tubage, laryngotomie.) Von Dr. Merryan. (The med. Record 1888 und Revue mensuelle de laryngol. et d'otol. No. 12, 1889.)

Larynxerysipel nach geheiltem Gesichtserysipel eingetreten; 33jähr. Mann; die Tubage gelang nicht; die Laryngotomia intercricothyroidea musste gemacht werden; nach einigen Tagen gewann das Erysipel die Wundfläche; der Kranke entfernte heimlich die Canüle und erstickte; die Section ergab Necrose und Blosslegung des Ringknorpels.

(Man soll also in solchen Fällen die einfache Tracheotomie ausführen. Ref.)

Dr. P. K.

Ein wallnussgrosser Larynxpolyp. Entfernung auf endolaryngealem Wege. (Polype du larynx, du volume d'une grosse noix. Extirpation endolaryngée.) Von Dr. Ricardo Botey. (Revue mensuelle de laryngol. et d'otol. No. 11, 1889.)

Die selten erreichte Grösse sowie die Exstirpation ohne Tracheotomie rechtfertigt diese Publication. Ein 45jähr. Fuhrmann ist seit 10 Jahren heiser und seit 2 Jahren kurzathmig. Das Laryngoscop ergab einen sehr grossen, gestielten, auf dem rechten Stimmbande aufsitzenden Larynxpolypen. Die Exstirpation ohne Tracheotomie schien etwas gewagt, wurde dennoch in zwei Sitzungen ausgeführt. Auffallend war, dass nach der Operation, obgleich der Larynx ganz frei war, das rasche, angewöhnte Athmen nicht aufhörte, und dass Patient nur auf festes Anreden normal athmete. Die microscopische Untersuchung ergab ein telangiectatisches Fibromyxom.

Dr. P. K.

Ueber Angina pectoris durch Nicotin. (De l'angine de poitrine tabagique.) Von Dr. Huchard. (Gazette méd. de Liège No. 36, 1889.)

Die Tabakangina ist vasomotorischer Natur: Retrosternaler Schmerz, todtbleiches Gesicht, Schwindel, Neigung zur Ohnmacht, kleiner Puls, kalter Schweiss, kalte Extremitäten etc. etc. Nicht immer sind die gewöhnlichen Nicotin-Vergiftungserscheinungen dabei, und letztere können

Digitized by Google

ohne Angina andererseits bestehen; gewöhnlich aber bemerkt man zwischen den Anfällen Herzstörungen: Tachycardie, Bradycardie, Intermittenzen, Arythmie, Herzklopfen. Abortivanfälle, in Dyspnoe, Praecordialangst, Gefühl von Sterben bestehend, sind häufig. Gewöhnlich spontan, treten diese Anfälle auch nach Ermüdung und schlechter Verdauung ein. Die Ursache ist eine spasmodische Verengerung der Arteriae coronariae cordis; sie können sogar des Nachts während des Aufenthalts in einer Tabakrauchatmosphäre entstehen; sie dauern eine Zeit lang nach Tabakabstinenz fort, was durch die Tabakdyspepsie und eine latente Arteriosclerose zu erklären ist. Diese Arteriosclerose, von manchen Autoren geläugnet, besteht dennoch bei Tabakrauchern und Trinkern. Der Tod ist selten, es müsste denn die Arteriosclerose zu weit fortgeschritten sein. Die Tabakentsagung ist das einzige Mittel. Die Anfälle werden am besten mit Einathmen von Amylnitrit oder von 8 — 10 Tropfen einer 100procentigen alcoholischen Lösung von Trinitin behandelt. Dr. P. K.

Tod bei Angina pectoris. (La mort dans l'angine de poitrine.) Von Dr. Henri Huchard. (Gazette des hôpitaux No. 58, 1889.)

Der plötzliche Tod ist der gewöhnliche Ausgang der Angina pectoris; er tritt ein entweder plötzlich während oder nach einem Schmerzanfall oder während eines Ohnmachts-Anfalles. Die Verengerung der Arteriae coronariae cordis, die Ursache des wirklichen Angor pectoris, braucht nur durch Thrombose oder Spasmus einen hohen Grad zu erreichen und es tritt Herzparalyse in Folge der mangelnden Blutzufuhr zum Myocardium und seine Ganglien ein. Der langsame Tod, welcher selten ist, tritt durch Asystolie, Embryocardie (foetaler Rhythmus der Herztöne) oder Herzdilatation (mit dem von den Engländern fluttocings genannten Pulse) oder sonstige intercurrente Krankheiten ein. Dr. P. K.

Larynxcarcinom. Tracheotomie. Propagation auf das Corpus thyroideum. Ungeheurer Tumor am Halse in der Umgebung der Canüle. Anlegen einer langen, an ihrer unteren Hälfte beweglichen Canüle. Tod. Necroscopie. (Cancer du larynx. Trachéotomie. Propagation à la glande thyroide. Tumeur énorme du cou autour de la plaie. Application d'une canule très longue et à moitié inférieure mobile. Mort. Autopsie.) Von Dr. Gouguenheim und Dr. Gaston. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 12.)

Der Titel sagt beinahe Alles. Genau ausgeführte Krankengeschichte und Section. Bei letzterer ist zu bemerken, dass Epiglottis, Arytänoidknorpel und aryepiglottische Falten normal gefunden worden. Verfasser kommen zu folgenden Schlüssen: 1) da die Laryngealdyspnoe gleich von Anfang an bestand und man laryngoscopisch nur einen unbedeutenden Tumor am unteren Stimmbande bemerken konnte, muss man annehmen, dass beide Recurrentes frühzeitig angegriffen waren; 2) im Beginne der Behandlung, wo die Halsarterien aneurysmaartig erweitert erschienen, dachte man an eine Compression der Recurrentes durch diese Blutgefässe; in einer späteren Periode aber überzeugte man sich, dass die entartete Schilddrüse, welche sehr frühzeitig mitergriffen war, auf die Nerven

Digitized by Google

drückte; 3) Anfangs war die Diagnose, wie gewöhnlich, schwer; es war die alte Geschichte: man konnte die Differentialdiagnose zwischen Syphilis, Tuberculose und Carcinom nicht stellen; 4) interessant ist, dass die Autoren, ihrer Aussage gemäss, eine neue Canüle construiren mussten. Sie scheinen die König'sche Canüle übersehen zu haben, welche den Zweck noch besser erfüllt hätte (Ref.); 5) Epiglottis und die ganze Regio arytänoidea wurden auffallender Weise von der Krankheit verschont; 6) der Kranke wurde durch sich selbst inficirt: es bestand Magencarcinom bei intactem Oesophagus. Dr. P. K.

Zur Diagnostik der Fremdkörper in den Bronchien. Von Dr. Sprengel. (Centralblatt für Chirurgie No. 14, 1891.)

Ein 5jähriges Mädchen hatte eine ziemlich grosse, hohle, spindelförmige, dünnwandige, beiderseits offene Glasperle aspirirt. Da auscultatorisch das Athmungsgeräusch rechts ziemlich scharf, links sehr undeutlich hörbar, fast aufgehoben erschien, stellte S. die Diagnose: „Fremdkörper in einem Bronchus, wahrscheinlich im linken". Nach der tiefen Tracheotomie und Durchtrennung von im Ganzen 4 Trachealringen, wurde die Perle deutlich sichtbar. Sie füllte das Lumen der Trachea anscheinend vollkommen aus. Nach Ausdehnung derselben vermittelst Kornzange wurde die Perle gelegentlich eines heftigen Hustenstosses herausgeschleudert. Heilung. — Die oben genannten, befremdlichen auscultatorischen Erscheinungen erklärt S. dadurch, dass am wahrscheinlichsten die Perle über der Bifurcation sass und mit ihrem unteren, sich verjüngenden Ende in den rechten Bronchus hineinragte, wobei die Aufhebung resp. starke Abschwächung der linksseitigen Athmung durch den vor dem Bronchus liegenden Fremdkörper bewirkt wurde, während die Luft zum rechten Bronchus durch die Höhlung der Perle hingelangen konnte. Athemnoth und scharfes Athmen waren durch die enge Passage bedingt. S. meint, dass dementsprechend unter Umständen ein hohler Fremdkörper im unteren Ende der Trachea den Anschein erwecken könne, als ob er im Bronchus sässe, indem er die Luftpassage nach dem einen Bronchus gestattet, während er den anderen verlegt, und dass demnach die Aufhebung der Athmung auf der einen Seite oder ein auffallend verschärftes Athmungsgeräusch in der Höhe des einen Bronchus nur unter der Voraussetzung, dass es sich um einen soliden, nicht durchbohrten Körper handelt, als ein sicherer Beweis dafür anzusehen sei, dass ein aspirirter Fremdkörper in dem betreffenden Bronchus seinen Sitz hat Beschorner.

Ueber eine eigentliche Ursache von Dyspnoe in einem Falle von subglottischem Epithelioma. (D'une cause particulière de dyspnée dans un cas d'épithélioma sousglottique.) Von Dr. H. Lavrand. (Journal des sciences médicales de Lille und Revue mensuelle de laryngol. et d'otol. No. 12, 1889.)

Kein Fieber, keine Ganglienschwellung, kein gestörtes Allgemeinbefinden, kein Husten. Larynxeingang diffus geröthet und infiltrirt in allen seinen Theilen. Der Kranke starb trotz Tracheotomie. Die Section

Digitized by Google

ergab Substanzverlust in der Regio subglottica und das Microscop zeigte ein genau begrenztes Epithelioma lobulatum. Die Stimmbänder waren absolut intact. Demnach wäre die Dyspnoe durch eine eigenartige Infiltration der falschen Stimmbänder entstanden (?). Dr. P. K.

Studien über den Ursprung des Oesophagismus. (Etude étiologique sur l'oesophagisme.) Von Dr. Joal. (Revue mensuelle de laryngol. et d'otol. No. 11, 1889.)

Nachdem Verf. alle ursächlichen, durch Beispiele belegten Momente des Oesophagismus aufzuzählen versucht hat, kommt er zu folgenden Schlüssen: 1) Der Oesophagismus ist oft eine Reflexerscheinung und hat als Ausgangspunkt ein Hals- oder Nasenleiden; 2) er kann von den Mandeln ausgehen, namentlich von der Tonsilla pharyngea, besonders wenn letztere gebrannt worden ist; ebenso von der Zungenmandel; 3) Pharyngonasalleiden können ihn hervorrufen; 4) der Oesophagismus ist also eine Neuropathie, welche ebenso wie das Asthma, der Husten, der Schwindel, die Migraine, als Reflexerscheinung, von der Nasenschleimhaut ausgehend, zu betrachten ist; 5) neun vom Verf. aufgezählte Beispiele erhärten letztere Behauptung; 6) es besteht Anfangs eine hypertrophische Rhinitis, welche wieder selbst von Magen-, Darm-, Genitalleiden ausgehen kann; 7) Hysterie scheint keine Ursache zu sein; 8) die oft dabei bestehende Hypochondrie ist als ein Leiden für sich aufzufassen; 9) die gichtische Anlage (?) prädisponirt zum Oesophagismus; 10) die spasmodische Strictur hat immer ihren Sitz im oberen Theile des Oesophagus; 11) die Behandlung muss eine rhinochirurgische sein. Dr. P. K.

Einfache Oesophagusgeschwüre. (Ulcère simple de l'oesophage.) Von Dr. Raoult. (Progrès médical 1890 und Revue de laryngologie No. 8, 1890.)

Die pathol. Anatomie ist dieselbe, wie beim runden Magengeschwür; sie kommen meist im unteren Drittel und nach rechts vor. Ursache unbekannt. Heilung oder Perforation. Verdauungsbeschwerden, Schmerz, Dysphagie, Brechen, Blutung sind die Symptome; vollständige Heilung ist möglich; ausser den genannten Complicationen kann Tod durch Marasmus eintreten. Die Differentialdiagnose muss sich zwischen perniciöser Anämie, Magengeschwür und Oesophaguscarcinom machen. Catheterismus ist gefährlich. Dysphagie und Regurgitationen sprechen für Oesophagusgeschwür.

Die Behandlung besteht in schmerzstillenden, blutstillenden und beruhigenden Mitteln: Eis, Ergotin, Ruhe, Opiate, Gastrotomie im Nothfall. Dr. P. K.

Einfaches Oesophagusgeschwür. Perforation in die Trachea. (Ulcère simple de l'oesophage. Ouverture dans la trachée.) Von Dr. Cravanis. (La Loire méd. und Revue mensuelle de laryngol. No. 8, 1889.)

Ein 39jähriger Mann, Trinker, kam in's Spital, starb. Der foetide Geruch liess den behandelnden Arzt auf eine Oesophagusperforation in die Luftwege schliessen. Die Section ergab zwei einfache Geschwüre,

Digitized by Google

welche in die Trachea perforirt hatten. In der linken Lunge waren drei grosse, mit stinkendem Eiter gefüllte Cavernen. Nach Verfassers Meinung ist das Oesophagusgeschwür ein dem Malum perforans der Füsse ähnliches Geschwür, wo der Einfluss der Nerven und Blutgefässe in's Spiel kommt. Dr. P. K.

Laryngeale Symptome der späten hereditären Syphilis. (Des accidents graves laryngés de la syphilis héréditaire tardive.) Von Dr. A. Cartaz. (Revue mens. de laryngol. et d'otologie No. 15, 1889.)

Sie wurden lange als sehr seltene Localisation der congenitalen Syphilis angesehen; man nennt sie, nach Fournier, „späte Symptome", wenn selbe nach dem dritten Lebensjahr eintreten; der erste authentische Fall wurde bei einem 10jährigen Mädchen gesehen von Czermak. Verf. erzählt zwei ihm eigene und eine ihm von Prof. Grancher überlassene Beobachtungen. Von den 27 in der Literatur gesammelten Fällen findet Verf., dass das späte Entstehen der hereditären Larynxsyphilis zwischen das 4. und 16. Jahr fällt, dass sie häufiger bei Knaben, als bei Mädchen ist, dass ihr Entstehen langsamer, ihr Verlauf aber rascher als bei der acquirirten Syphilis ist. Er unterscheidet oberflächliche, tief sitzende und interstitielle hereditäre Larynxsyphilis; am meisten wird, namentlich Anfangs, die Epiglottis sclerös infiltrirt und bedeckt als runder Wulst den Larynxeingang; die übrigen Larynxzerstörungen gehen ebenso wie bei der erworbenen Syphilis vor sich. Gewöhnlich führen noch bestehende oder abgelaufene Pharynxsymptome der Syphilis zur Diagnose; die klinischen Larynxsymptome sind diejenigen aller Larynxleiden. Die Diagnose ist leicht, besonders wegen der Anamnese des Patienten und seiner Eltern. Prognose ist schlecht. Dr. P. K.

Gastrotomie wegen Entfernung einer Gabel. (Gastrotomie pour extraction d'une fourchette.) Von Dr. Terrier. (Société de chirurgie de Paris, Mai 1889 und Semaine médicale No. 22, 1889.)

Verf. stellte den Patienten vor nach dessen Heilung; Terrier betont, dass er einen medianen Schnitt, gleich weit vom Nabel und vom Proc. xiphoideus entfernt, ausgeführt habe; es sind hier wenig Blutgefässe vorhanden, man kommt rasch auf den unteren Rand des linken Leberlappens und dann auf den leicht zu erkennenden Magen, den man in die Wunde hineinziehen kann; da der Fremdkörper frei zu Tage lag, war seine Entfernung eine leichte; die Mucosa wurde für sich allein vernäht, dann erst die Muscularis und die Serosa zusammen; dann wurde der Magen versenkt und sich selbst überlassen. Die ganze Operation dauerte nur 35 Minuten und hatte gar keine Folgen.

Ollier bemerkt, dass seinen anatomischen Untersuchungen gemäss es vortheilhafter sei, besonders wenn man den Fremdkörper nicht fühlt, den Schnitt seitwärts parallel dem unteren Rippenrande zu machen.

Polaillon behauptet, Terrier habe Recht gehabt, in der Mitte einzuschneiden, weil er die Gabel dort fühlte, in anderen Fällen sei es aber angezeigt, den Schnitt lateral links zu machen. Dr. P. K.

Digitized by Google

† Dr. Franz Patrzek.

Am 26. Januar 1891 ist der Specialarzt für Ohren- und Nasenkrankheiten Dr. Franz Patrzek zu Oppeln im Alter von kaum 34 Jahren als Opfer seines Berufes gestorben.

Am 11. September 1857 im Dorfe Brinnitz bei Oppeln geboren, absolvirte Patrzek, stets als einer der besten Schüler, das Gymnasium zu Oppeln. Die medicinischen Studien beendete er an den Universitäten zu Breslau und Greifswald, machte 1884 das Staatsexamen und diente nach einigen Vertretungen in Stettin und Neusalz sein Militairjahr in Oppeln ab, wo er sich später als practischer Arzt sesshaft machte.

Eine in den Kinderjahren bestandene überaus schmerzhafte Ohrenkrankheit trieb ihn schon während der Universitätszeit dazu, die Anatomie des Ohres besonders zu studiren, welche Studien er mit grosser Energie und rastlosem Fleisse in den freien Stunden seiner practischen Thätigkeit fortsetzte; im Jahre 1888 ging er nach Wien, um hier mehrere Curse über Ohrenheilkunde, Rhino- und Laryngologie zu hören, und bildete er sich dann in diesen Specialfächern auch noch in Breslau und Berlin weiter aus.

Stets drängte es ihn nach einer grossen Stadt, und nur auf eifriges Zureden seiner Frau und seiner Freunde wollte er Oppeln noch 1—2 Jahre als Absteigstation benutzen, wo ihn jedoch der Tod, mitten in seiner Thätigkeit, ereilte. Am 9. Januar a. cr. wohnte er nämlich der Tracheotomie — wegen Diphtheritis — eines Oppelner Arztes bei, sog das in die geöffnete Luftröhre zuströmende Blut vermittelst des Catheters aus, sich aber den Ansteckungsstoff zu. Sofort am Thatorte, wie auch zu Hause gurgelte er fleissig mit Carbol und absolutem Alcohol, doch trat nach zehn Tagen plötzlich hohes Fieber auf, der Hals schwellte schmerzhaft an, er konnte nicht schlucken, und nach weiteren sieben Tagen hatte er bereits ausgelitten.

Patrzek war zwar als Specialcollege noch ganz jung, doch hatte er dennoch Bedeutendes geleistet, und waren seine Aufsätze, welche den Lesern dieser Monatsschrift ja ganz gut bekannt sind, von dauerndem Werthe. So machte er uns unter Anderem in einer Originalabhandlung auf eine Fehlerquelle bei der Stimmgabelprüfung (No. 10, 1889) aufmerksam; andere Aufsätze Patrzek's hat Schreiber dieser Zeilen Gelegenheit gehabt, in diesen Blättern zu referiren, aus denen eine streng wissenschaftliche Vorbildung, mit objectivem Beobachtungsvermögen, gewissenhafter Beurtheilung und ernstlichem Streben vereint, ersichtlich war, wie wir dies in den Arbeiten: Ueber Verbiegungen der Nasenscheidewand bei Neugeborenen, Adenoide Vegetationen des Nasenrachenraumes bei Erwachsenen, Das Pyoktanin in der Ohrenheilkunde etc. immer finden konnten; auch lieferte Patrzek

Digitized by Google

die ersten Mittheilungen über die Ohrcomplicationen bei Influenza und fanden doch seine zuerst mitgetheilten Beobachtungen in vielfältiger Weise ihre volle Bekräftigung. — Es sind dies genügende Beweise, dass der Tod diesmal ein junges Mitglied unserer Garde raubte, welches uns zu grossen Hoffnungen berechtigte, und müssen wir in um so grösserer Ehre sein Andenken bewahren.

Szenes.

Berichtigung.

In der letzten Nummer dieser Monatsschrift soll es heissen S. 266, Zeile 24 von oben, statt „Anarhythmie" Anarithmie.

INHALT.

I. Originalien: Lichtenberg: Ueber Gehörsstörungen des Betriebspersonals der Eisenbahnen, mit Bezug auf die Sicherheit des reisenden Publikums. — Szenes: Bericht über die Verhandlungen der Abtheilung für Ohrenheilkunde der 64. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte in Halle a. S. 1891 (Fortsetzung). — Lamann: Die Glühlampe und das Einschalten des Widerstandes bei Benutzung der Accumulatoren. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Rohrer: Die Bacterien des Cerumens. — Katz: Ueber die Endigung des Nervus cochleae im Cortischen Organ mit Demonstration von Präparaten. — Dennert: Acustisch-physiologische Studien, verwerthet für die practische Ohrenheilkunde. — Baumgarten: Seltene Infection des Labyrinthes, wahrscheinlich durch den Scharlach des Kindes entstanden. — Hessler: Ueber die acute Eiterung und Entzündung in den Zellen des Warzenfortsatzes und ihre Heilung durch Ausmeisselung der Zellen ohne Eröffnung des Antrum mastoideum. — Bürkner: Ueber den Missbrauch des Politzer'schen Verfahrens bei der Behandlung von Ohrenkrankheiten. — Katzenstein: Ueber Pyoktanin bei Stirnhöhleneiterung. — b) Rhinologische: Meijer: Behandlung der Ozaena mittelst Höllensteinzerstäubungen. — Gillian: Tic douloureux als Folge einer Exostose der Nasenscheidewand. — Quinlan: Aetzen der mittleren Nasenmuschel mit folgender tödtlich verlaufender Meningitis. — Roe: Asepsis bei intranasalen Operationen. — Marfan: Syphilitischer Schanker der Nasenscheidewand. — Holt: Nasendiphtheritis schwer bei Kindern zu erkennen. — Mayor: Fremdkörper 24 Jahre in der Nase. — Knight: Rouge's Operation zur Entfernung eines Nasen-Sequesters. — Phillips: Aristol bei Nasen- und Halskrankheiten. — Bosworth: A treatise on diseases of the nose and throat. — c) Pharyngo-laryngologische: Thompson: Tuberculöses Geschwür und Psoriasis an der Zunge. — Bourdel: Scharlachähnliches Erythem und Pharynxerythem. — Abate: Choc der Glottis. — Garel: Ein Fall von Laryngealictus. — Lucas-Championnière: Larynxcrisen bei Tabetikern. — Témoin: Retropharyngealabscesse. 2 Fälle von Einschneiden mit asphyctischen Symptomen. — Morgenthau: Fractur der Cartilago thyreoidea. — Bronner: Locale Behandlung des Empyems des Sinus maxillaris. — Winternitz und Karlinski: Zur Casuistik der Fremdkörper im Kehlkopfe. — Championnière: Reflexe und namentlich Halsreflexe nach Uteroovarialoperationen. — Merryan: Larynxerysipel, Tubage, Laryngotomie. — Botey: Ein wallnussgrosser Larynxpolyp. — Huchard: Ueber Angina pectoris durch Nicotin. — Huchard: Tod bei Angina pectoris. — Gouguenheim und Gaston: Larynxcarcinom. Tracheotomie. — Sprengel: Zur Diagnostik der Fremdkörper in den Bronchien. — Lavrand: Ueber eine eigentliche Ursache von Dyspnoe in einem Falle von subglottischem Epithelioma. — Joal: Studien über den Ursprung des Oesophagismus. — Raoult: Einfache Oesophagusgeschwüre. — Cravanis: Einfaches Oesophagusgeschwür. Perforation in die Trachea. — Cartaz: Laryngeale Symptome der späten hereditären Syphilis. — Terrier: Gastrotomie wegen Entfernung einer Gabel. — † Dr. Franz Patrzek. — Berichtigung.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Universität **Wien**

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie an der Universität **München**

Dr. v. SCHRÖTTER
Professor und Vorstand d. Klinik f. Halskrankh. a. d. Universität **Wien**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXV. **Berlin, December 1891.** **No. 12.**

Wir bitten um baldgefällige **Erneuerung des Abonnements** auf den mit Januar 1892 beginnenden **sechsundzwanzigsten Jahrgang dieser Monatsschrift** bei den Postämtern, Buchhandlungen sowie der unterzeichneten Expedition.

Berlin N., December 1891.

Expedition
der „Allgemeinen medicinischen Centralzeitung“
Oranienburger Strasse 43.

Tiefbetrübt geben die Herausgeber dieser Monatsschrift Kunde von dem am 1. d. Mts. in Bonn erfolgten Ableben ihres Collegen und Freundes, des Herrn

Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel.

Eine ausführliche Schilderung seines verdienstvollen Wirkens wird in einer der nächsten Nummern dieser Zeitschrift erfolgen.

Digitized by Google

I. Originalien.

Ueber Gehörsstörungen des Betriebspersonals der Eisenbahnen, mit Bezug auf die Sicherheit des reisenden Publikums.

Von

Dr. **Kornel Lichtenberg** in Budapest.

(Schluss.)

Wie schon erwähnt, habe ich unter 250 Verkehrsbediensteten 92 Ohrenkranke gefunden.

Dieser auffallend grosse Procentsatz hat auch mich überrascht und die Wichtigkeit des Gegenstandes in wahrhaft erschreckender Weise beleuchtet. Unwillkürlich drängten sich auch mir die Moos'schen Fragen auf: Giebt es gewisse Hörstörungen bei dieser Beschäftigung, die wir nur der Eigenthümlichkeit des Berufes zuschreiben können, sind dieselben sehr häufig, etwa viel häufiger als man bisher beobachtet hat, treten sie schon verhältnissmässig früh, schon nach wenigen Jahren oder erst sehr spät auf, macht das Leiden, einmal vorhanden, durch die eigenthümlichen Schädlichkeiten, welche der Beruf mit sich bringt, schnellere Fortschritte als bei anderen Berufscategorien? Ist dies der Fall, dann ist das Reisen gefährlich und eine der bisher nicht genügend beachteten geheimen Ursachen verschiedener Eisenbahnunfälle hierin zu suchen.

Das Zugpersonal der Eisenbahnen, namentlich die am meisten exponirten Locomotivführer und Heizer sind verschiedenen schädlichen Einflüssen ausgesetzt. Von allen Seiten wird es nämlich bestätigt, dass die schroffen Temperaturwechsel der Haut in Folge der starken Transpiration bei der Bedienung der Feuerung, bei dem plötzlichen Einfahren und Durchfahren durch grosse oder durch zahlreiche Tunnel, nachdem der Körper längere Zeit der directen Einwirkung grellen Sonnenscheins ausgesetzt war, ferner schädlichen Gasen, dann directem Wind, Regen und Schnee, welche den erhitzten Körper treffen, alles Momente, die Krankheiten der Athmungsorgane hervorbringen. Alle statistischen Daten weisen in Deutschland 25 pCt. auf. An Erkrankungen der Athmungsorgane nehmen aber bekanntlich diejenigen des Gehörorgans, dessen mittlerer Theil aus anatomisch-physiologischen Gründen mit Recht zu den Athmungsorganen gezählt wird, sehr häufigen und hervorragenden Antheil, und thatsächlich habe ich unter 250 Individuen und unter 92 Ohrenkrankheiten 32, also 34,7 pCt., theils acute, theils chronisch entzündliche, grösstentheils aber die verschiedensten Phasen chronisch catarrhalischer Formen von Mittelohrkrankheiten gefunden. Wenn auch die Krankengeschichten der 32 catarrhalischen Individuen bewiesen, dass in 10 Fällen das Uebel schon vor dem Dienstantritt vorhanden war, und wenn auch, wie die Untersuchung ergab, das Gehör der anderen hierher gehörigen 20 nur in 12 Fällen in den Kreis practischer Abnormität trat, obzwar die anderen 8 auch kein ganz normales Gehör mehr hatten, haben wir immerhin noch Grund genug, anzunehmen, dass das Ohr des Zugpersonals beachtenswerthen catarrhalischen Affectionen ausgesetzt ist.

Digitized by Google

Wenn die bisherigen klimatischen und thermischen Schädlichkeiten catarrhalische Ohrenkrankheiten hervorbringen, d. h. den Schallleitungsapparat angreifen, dann entstehen nach allgemeinen ohrenärztlichen Erfahrungen directe Labyrintherkrankungen, d. h. Anomalien des schallpercipirenden Organes bei Personen, denen der Beruf eine andauernde Beschäftigung bei starken Tönen und Geräuschen auferlegt, z. B. bei Schlossern, Schmieden, Kesselschmieden, Klempnern, Telegraphenbeamten, Arbeitern und Aufsehern in Maschinen-Werkstätten, Artilleristen, Jägern u. s. w., so muss es auffallen, dass nur 3 Labyrintherkrankungen gefunden wurden; es ist kaum glaublich, dass solche bei ganz genauer Prüfung, die mir damals in Folge von Raum- und Zeitbeschränkung nicht möglich war, nicht öfter vorkommen sollten, wenn wir erwägen, was Jahre lang dem Gehörorgan durch das anhaltende tolle Lärmen des Zuges, das wiederholte Zischen des ausströmenden Dampfes, den tausendfach wiederkehrenden schrillen Pfiff der Dampfpfeife zugemuthet wird.

Den directen Beweis der Schädlichkeit der Eisenbahnen auf das Gehör des Zugpersonals liefern in eclatanter und handgreiflicher Weise, gewissermaassen als primitivste Anomalie, jene 36 Ohrenschmalzpfröpfe, die ich unter 250 Individuen gefunden habe. Diese einfache Ohrenkrankheit, welche sehr häufig, die Schatten der zukünftigen Ereignisse vorwerfend, ernsteren Gehörscomplicationen voraus zu gehen pflegt, wurde also in 39,1 pCt. gefunden, und wenn wir bedenken, wie vielgeartete thermische und mechanische Reize den äusseren Gehörgang treffen, dann werden wir uns nicht wundern, wenn wir diese Abnormität der vermehrten Drüsenabsonderung so oft gefunden haben. Auch hier muss hervorgehoben werden, dass zur Zeit der Untersuchung nicht alle 36 der dieser Art Erkrankten schlecht gehört haben, weil der Pfropf den äusseren Gehörgang damals noch nicht ganz verschlossen hatte, aber nach Wochen oder Monaten wäre es gewiss zur Klage über das Gehör gekommen.

Dies waren die Resultate meiner Untersuchungen. Versuchen wir daraus die concretesten Consequenzen zu ziehen:

Wenn das Gehörleiden einmal etablirt ist, so werden die geschilderten Momente immer von Neuem als Schädlichkeiten wirken und so die Hörschärfe mehr oder weniger schnell, wenn der Träger des Leidens seinen Beruf ferner ausübt, oder allmählig und für diesen vielleicht unbemerkt so weit herabsinken, bis sie den Anforderungen des Dienstes nicht mehr genügt. Unter Umständen kann dieses schon bei einem verhältnissmässig noch guten Gehör der Fall sein. Man bedenke doch, dass der Dienst, besonders bei Nacht, ein unausgesetzt scharfes Hören voraussetzt, dass es sich nicht selten darum handelt, verdächtige Geräusche noch zur richtigen Zeit zu bemerken, dass das Betriebspersonal, welches Einer für Alle und Alle für Einen verantwortlich ist für die Sicherheit des Zuges, alle Nuancen, alle Launen des symmetrischen periodischen Rädergerassels auf das Intimste kennt, um gelegentlich das Ungewöhnliche und in diesem das Eigenthümliche und Normale vom Abnormalen allsogleich zu unterscheiden, kurz, dass es genug Situationen giebt, wo eine sogenannte mittlere Hörschärfe, mit welcher ein Gehörorgan noch den meisten Anforderungen im Leben genügt, schon nicht mehr leisten kann, was es unter allen Umständen, Gefahren halber, noch sollte leisten können.

Digitized by Google

Welch' geringe Ursachen und welch' grenzenlos traurige Wirkung. Wer könnte bestimmen, wie viel uneruirbare Eisenbahnunfälle auf diese Umstände zurückzuführen sind? Characteristisch ist jedenfalls eine Aeusserung des Moos'schen Locomotivführers: „Mein Herr, wenn das Gehör aller meiner Collegen so untersucht wird, wie das meinige, dann wird dasselbe bei mehr als einem Drittel für unzureichend gefunden werden."

Denn wenn wir jene Gründe erforschen, welche nach verlässlichen statistischen Daten Eisenbahnunfälle hervorzubringen pflegen, dann hört man gewöhnlich beschuldigen die Locomotive, den Tender, die Waggons oder deren Räder, mitunter das Terrain; dann hört man von Ausserachtlassung des Reglements, von Ungeschicklichkeit sprechen, ein anderes Mal spielt Nachlässigkeit, böser Wille die Hauptrolle; in einigen Fällen wird Krankheit des Betriebspersonals angegeben, aber darunter das Ohr nie beachtet. Und doch sind schon Eisenbahn-Unfälle, namentlich bei den Badischen und Oesterreichischen (Fall Trenka) Eisenbahnen nachgewiesen worden, die durch Gehörsstörungen des Locomotivführers entstanden sind.

Aber selbst für den Fall, dass Erkrankungen des Gehörorgans bei Locomotivführern und Heizern nicht den erschreckend hohen Procentsatz ergeben würden, wenn bei der genannten Berufsklasse dieselben nur selten und ausnahmsweise vorkämen, so bleibt selbst diese Ausnahme wichtig genug, dass Regierung, Behörde und Bahngesellschaften im Verein mit den Aerzten dem Gegenstand ihre volle Aufmerksamkeit zuwenden mögen, denn selbst die Ausnahme dürfte immer noch vielfache öffentliche Gefahren in sich bergen.

In Anbetracht dieser Umstände und im Interesse des öffentlichen Wohles halte ich es für meine fachmännische Pflicht, der königl. ungar. Regierung behufs weiterer Amtshandlung folgende Moos'sche Punkte zu unterbreiten*):

I. Bei den Locomotivführern und Heizern findet bald früher, bald später eine Erkrankung des Gehörorgans mit bedeutender Verminderung der Hörschärfe, und zwar in der Regel auf beiden Seiten, durch die Ausübung ihres Berufes statt.

II. Diese erworbene Schwerhörigkeit erscheint mit Rücksicht auf die Signalordnung gefährlicher, als die Farbenblindheit, denn bei dieser handelt es sich um einen angeborenen Zustand, welcher sich präcise schon vor der Indienststellung constatiren lässt, bei jener dagegen um eine langsame, schleichende, oft dem Träger des Leidens unbewusste, erworbene Krankheit, der er oft selbst sich erst bewusst wird, wenn durch einen Zufall, z. B. durch eine Erkältung oder durch eine Verletzung, das Gehör auf einer oder beiden Seiten noch mehr abnimmt oder völlig vernichtet wird.

III. Wie die einschlägigen Prüfungen ergeben haben, erkrankt das Gehörorgan des Fahrpersonals der Bahnen in Ungarn häufig. Fortgesetzte Untersuchungen können vielleicht dies Resultat noch corrigiren, die Thatsache aber an und für sich ist positiv und zweifellos.

IV. Die Untersuchung des Ohres muss vor Dienstantritt mit der grössten Sorgfalt und nur von einem Arzte vorgenommen werden, der

*) Ist geschehen.

Digitized by Google

sich eingehend mit Ohrenheilkunde beschäftigt hat, denn die Prüfung, namentlich die functionelle, ist schwer und complicirt, und weil, wie es allgemeine Sitte, mit Uhr und Sprache allein das wirkliche Gehör nicht festgestellt werden kann.

V. Bei der definitiven Anstellung dürfte es zweckmässig sein, den Betreffenden darauf aufmerksam zu machen, dass eine Beeinträchtigung des Gehörvermögens durch den Beruf möglich sei und dass er, wenn er das Geringste in dieser Hinsicht bemerkt, sich melde.

VI. Eine mindestens immer innerhalb zwei Jahren wiederkehrende Untersuchung des Gehörorgans erscheint bei den Betriebspersonalen der Eisenbahnen zur Vermeidung von Gefahren angezeigt.

Bericht
über die Verhandlungen der Abtheilung für Ohrenheilkunde der 64. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte in Halle a. S. 1891.

Von

Dr. **Sigismund Szenes** in Budapest.

(Fortsetzung.)

12) Dr. Szenes (Budapest): Ueber therapeutische Ergebnisse einiger neuer otiatrischer Heilmittel.

Die Ergebnisse beziehen sich einerseits auf fortgesetzte Beobachtungen über Cocain und Aristol*), andererseits über Erfolge mit Bromaethyl und Dermatol.

Das Cocainum hydrochloricum hat Sz. früher in 14 und jetzt in neueren 14 Fällen von Ohrensausen angewendet, jedoch ohne Erfolg. Die bis 5proctg. Lösung wurde ein wenig erwärmt, durch einen Kautschukcatheter per tubam injicirt, und konnte in vielen Fällen nach der Injection eine Hyperämie des oberen Trommelfellabschnittes, zumeist sich auf die Gegend des kurzen Fortsatzes und nach unten auf den Hammergriff erstreckend, beobachtet werden, doch verschwand dieselbe bis zur nächsten Sitzung spurlos. Trotz grösster Vorsicht gelangten bei den meisten Patienten 1—2 Tropfen immer in die Rachenhöhle, und wäre Sz. nicht ganz abgeneigt anzunehmen, dass ein Theil der als Intoxicationserscheinungen erwähnten Unannehmlichkeiten — Brechreiz, Schnürgefühl in der Kehle — auf Rechnung der pharmacodynamischen Wirkung des Cocains auf die Schleimhaut daselbst geschrieben werden muss, überhaupt wenn man es mit empfindlichen Individuen zu thun hat; der andere Theil der Intoxicationssymptome: taumelnder Gang, Schwindelgefühl, Mattigkeit — einerseits als Fortsetzung der ersteren Symptome, andererseits als directe nervöse Zufälle zu betrachten wären. — Bezüglich des therapeutischen Werthes ist das Cocain als Antitinniticum in die Reihe jener Mittel zu stellen, welche die Frage der Entstehung

*) Therap. Monatshefte, No. 10—12, 1890.

Digitized by Google

der Ohrgeräusche derzeit noch immer nicht zu lösen im Stande sind, und wenn letztere auf pathologische Veränderungen der Gefässe beruhen, werden voraussichtlich noch viele andere Heilmittel versucht werden müssen, bis man in den Besitz eines wirklichen Antitinniticums gerathen wird.

Das Bromaethyl, von Löwenberg*) gegen Ohrensausen, speciell bei an Mittelohrsclerose Leidenden empfohlen, hat Sz. bei 42 Kranken angewendet, und beziehen sich die Fälle auf die verschiedensten Arten des Ohrensausens und war auch die Diagnose eine verschiedene (ausgesprochene Mittelohrsclerose, typischer Paukenhöhlencatarrh, Narben am Trommelfell und Synechien in der Paukenhöhle, normaler Trommelfellbefund trotz bestehenden Sausens.) Die mit dem vorher comprimirten Gummiballon aspirirten Bromaethyldämpfe wurden stets bei Anwendung des Politzer'schen Verfahrens oder aber per Catheter in die Paukenhöhle gebracht, und trotzdem vor jeder Entleerung des Ballons derselbe immer von Neuem gefüllt wurde, variirten die Aussagen ein und desselben Patienten selbst während einer Sitzung betreffs eines ausgesprochenen Kälte- oder Wärmegefühls, so dass der von Löwenberg erwähnte diagnostische Vorzug auch nicht immer eintrifft. Die therapeutischen Erfolge blieben ebenfalls aus, und glaubt Sz. auch das Bromaethyl in die Reihe jener Mittel hinzustellen, mit welchen man auch fernerhin experimentiren muss, insolange wir nicht in der Lage sind, auf Grund pathologisch-anatomischer Erfahrungen in den Besitz bewährterer Mittel zu gerathen.

Aristol hat Sz. als empfohlenes Antisepticum in Pulverform bei Eiterungsprocessen des äusseren und mittleren Ohres angewendet, und bekräftigten die neueren 17 Fälle nur das, was Sz. bereits zufolge der ersteren 15 Fälle behauptete, dass nämlich Aristol bei Weitem nicht die von Rohrer so sehr gerühmten guten Eigenschaften besitzt, wie dies übrigens auch die neuerdings von Bürkner**) angestellten Versuche bewiesen. — In ähnlicher Weise hat Sz. das Dermatol in 18 Fällen angewendet; 10 Mal bei chronischer Mittelohreiterung, 2 Mal bei acuter eitriger Paukenhöhlenentzündung, in 3 Fällen nach Entfernung von Polypen, wo noch ganz kleine Granulationen zurück blieben und 3 Mal bei diffuser Otitis externa. Bezüglich des therapeutischen Werthes kann dem Dermatol zwar eine gewisse secretionsvermindernde Eigenschaft nicht ganz abgesprochen werden, auch reizt es die Ohrgebilde nicht, ist auch geruchlos, trotzdem eignet es sich selbst für alle solche Fälle von Eiterungen nicht, bei denen eine Pulverbehandlung überhaupt angezeigt ist; nichts desto weniger ist Sz. der Ansicht, das Dermatol zu weiteren Versuchen, zufolge seiner guten Eigenschaften, empfehlen zu können.

Discussion:

Dr. Brieger (Breslau) hat auch mit Dermatol Versuche angestellt und betont die Unlöslichkeit desselben, so dass bei seiner Anwendung die Gefahr einer festen Borkenbildung bevorsteht, hinter welcher die Eiterung fortbesteht.

---

*) Deutsche med. Wochenschr., No. 28, 1890.
**) Berliner klin. Wochenschrift 1891.

Digitized by Google

Szenes betont, die Vortheile des Dermatol nicht zu überschätzen, auch müssen sich die Fälle überhaupt für eine Pulverbehandlung eignen, daher solche sein, wo Retentionserscheinungen nicht leicht auftreten können, und dann werden auch die von Brieger erwähnten Gefahren wegfallen.

13) Derselbe: Casuistische Mittheilungen.

Szenes berichtet über 3 Fälle von acuter Otitis media, welche einen abnormen Verlauf zeigten. Im ersten Falle handelte es sich um eine linksseitige suppurative Paukenhöhlenentzündung und 3 Tage nach der vollkommenen Restitutio ad integrum traten die ersten Symptome einer Paukenhöhlenentzündung auch rechterseits auf, wo jedoch die Suppuration verhindert wurde. Im zweiten Falle erkrankte zuerst das rechte Ohr und 3 Tage nach dessen vollkommener Genesung auch das linke; auf beiden Seiten bildeten sich jedoch die Symptome zurück, ohne dass es zu einer Paukenhöhleneiterung gekommen wäre. Im dritten Falle endlich handelte es sich beiderseits um eine acute Paukenhöhleneiterung, welche zuerst am rechten Ohre auftrat, und 3 Tage nach der vollständigen Heilung begann derselbe Process am linken Ohre.

Sz. will zur Zeit blos die objective Thatsache erwähnt haben, dass ein und derselbe Process erst nach vollkommener Genesung des einen Ohres auf das andere Ohr übergegangen war und will die Sache per analogiam seltener Formen von sogenannten wandernden Pneumonien als Otitis media acuta migrans bezeichnen, denn ebenso, wie bei der ersteren die Entzündung einen Lungenbezirk ergreift und nach kürzerem oder längerem Bestande und Ablauf desselben einen zweiten, manchmal recht weit entlegenen Lungenabschnitt befällt, finden wir auch hier, dass derselbe Process nach vollkommenem Verlaufe auf das andere Ohr hinübergewandert war. — Allerdings haben noch weitere Beobachtungen darüber zu entscheiden, inwiefern die Annahme dieser Form der Otitis berechtigt ist und werden besonders bacteriologische Untersuchungen zu Hilfe gezogen werden müssen, da von einer „Otitis media migrans" im strengeren Sinne des Wortes nur dann die Rede sein kann, wenn in der zweit erkrankten Paukenhöhle dieselben Microorganismen nachgewiesen werden, als in dem zuerst erkrankten Ohre.

Discussion:

Prof. Habermann (Graz) fragt Vortragenden, ob er nicht geneigt wäre anzunehmen, dass vielleicht durch einen Import von Eitererregern aus dem Nasenrachenraum die Otitis media migrans entstanden wäre.

Szenes muss diesen Umstand in Abrede stellen, denn die Gefahr des Importes von Eitererregern in die andere Paukenhöhle ist bei dem clinischen Verlaufe der erwähnten Fälle, in welchen auch fleissige Untersuchungen des Nasenrachenraumes dies bekräftigten, in erster Reihe aber durch Vermeidung der Luftdouche bei einseitigen acuten Paukenhöhlenentzündungen überhaupt, wo Sz. immer nur den Catheter anzuwenden erwähnt, vollkommen ausgeschlossen.

Dr. Brieger (Breslau) fragt nun, ob Sz. vielleicht die zweite Infection des Ohres als haematogene anzunehmen geneigt wäre.

Szenes erwiedert, diesmal blos das Factum erwähnt haben zu wollen, dass ohne besonderen neueren Grund nach Verlauf der Otitis einerseits,

Digitized by Google

das andere Ohr erkrankte. Eine vollkommen befriedigende Erklärung hierüber haben spätere Beobachtungen zu geben.

14) Prof. Walb (Bonn): Ueber Anwendung der Lucae'schen Drucksonde bei Mittelohrerkrankungen.

Walb berichtet über die von ihm geübte Behandlung gewisser Formen von chronischen Mittelohrerkrankungen mit der von Lucae angegebenen Drucksonde. Nach anfänglichen Misserfolgen hat W. in letzterer Zeit durch energischere Anwendung derselben in einer Anzahl von Fällen entschiedene Resultate erzielt. Sowohl das Sausen, welches beständig vorhanden gewesen war, verschwand in einzelnen Fällen ganz, in anderen wurde es wesentlich gemindert und auch das Gehörsvermögen nahm erheblich zu. Die Anwendung geschah täglich; in einzelnen Fällen sogar zwei Mal täglich, wobei in jeder Sitzung 50—60, ja bis zu 100 Stösse ausgeführt wurden. Die Patienten gewöhnen sich ausnahmslos sehr rasch an die Behandlung. Oertliche Reaction trat nie auf. In der ersten Zeit lässt W. den Kopf fixiren, später ist dies nicht mehr nöthig. Es ist nothwendig zur Erzielung nennenswerther Erfolge, das Verfahren Monate hindurch anzuwenden (einzelne Fälle wurden bis neun Monate lang behandelt). Dabei hat sich die merkwürdige Beobachtung ergeben, dass nicht nur Fälle mit gut erhaltener Knochenleitung und herabgesetzter Luftleitung sich für die Behandlung eignen, sondern dass auch bei stark herabgesetzter Knochenleitung noch Besserung erzielt werden kann und die Knochenleitung sich wieder einstellt. Walb zieht daraus den Schluss, dass unsere landläufige Auffassung des Krankheitssitzes, je nach vorhandener oder nicht vorhandener Knochenleitung, einer wesentlichen Aenderung bedarf, und ist der Ansicht, dass gewisse Erkrankungsformen des schallleitenden Apparates die Knochenleitung stark beeinflussen.

Discussion:

Dr. Krakauer (Berlin) erwähnt, Catheter und Rarefacteur in geeigneten Fällen zu gleicher Zeit angewendet zu haben, ohne jedoch hierdurch bessere Resultate erzielt zu haben, als bei alleiniger Anwendung des Rarefacteur.

Dr. Joël (Gotha) hat bei Ohrgeräuschen durch den Delstancheschen Rarefacteur gute Erfolge gehabt.

Dr. Stimmel (Leipzig) hat die Lucae'sche Sonde in vielen Fällen angewendet, doch verbesserten sich blos die subjectiven Geräusche, das Gehörsvermögen blieb jedoch unverändert.

Dr. Wehmer (Berlin) hat in wenigen von den vielen Fällen auch Erfolge mit der Sonde erzielt.

Prof. Schwartze (Halle a. S.) glaubt, dass wenn das Mechanische das eigentlich Wirksame ist, dann sollte man durch Anwendung der Hommel'schen Tragus presse ähnlich günstige Resultate zu verzeichnen haben, als mit der Drucksonde, und fragt zugleich, ob Jemand diesbezügliche Erfahrungen hätte.

Dr. Stimmel hat die Hommel'sche Tragus presse sehr häufig angewendet, doch nur in zwei Fällen stellte sich der Erfolg ein.

Dr. Joël fragt im Anschluss, ob Jemand mit dem Aschendorfschen Hörrohre Resultate bei Schwerhörigen erzielt hätte.

Digitized by Google

Prof. Walb hat in ca. 100 Fällen Versuche, jedoch ohne Resultat, angestellt; die Befestigung am Ohre ist eine schlechte, ferner wird das Instrument durch die Resonanz, welche im Ohr entsteht, schädlich.

Dr. Krakauer hat das Hörrohr in 50 Fällen ebenfalls ohne Erfolg angewendet.

Dr. Brieger (Breslau) erwähnt, einen Kranken gehabt zu haben, welchem Aschendorf selbst das Instrument anfertigte; Erfolg war zwar da, doch macht der hohe Preis das Hörrohr nicht für Jedermann zugänglich. (Schluss folgt.)

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Ueber otitische Hirnabscesse. (Aus der Königl. Universitäts-Ohrenklinik zu Berlin.) Von Dr. Jansen. (Berliner klin. Wochenschrift No. 49, 1891.)

J. giebt eine Zusammenstellung der innerhalb der letzten $2^1/_2$ Jahre in der Berliner Universitäts-Ohrenklinik beobachteten Fälle von Hirnabscessen ex otitide, der zufolge bei einer Gesammtzahl von 13000 Kranken auf 2650 acut entzündliche eitrige Mittelohrerkrankungen mit 149 Aufmeisselungen des Warzenfortsatzes 1 acuter Hirnabscess, auf 2500 chron. Otorrhoen mit 206 Aufmeisselungen 6 chron. Hirnabscesse entfallen. Sämmtliche Abscesse lagen dicht über resp. hinter dem erkrankten Schläfenbein, 4 Mal in unmittelbarem Zusammenhange mit dem Eiterheerd im Ohr durch Fistel oder gangränöses Gewebe, in einem Falle von Kleinhirnabscess mit Thrombose der Vena audit. int. scheint der Eiter längs dem Acusticusstamme fortgewandert zu sein. Die Ansicht, dass für die Entstehung von Hirnabscessen häufig eine extradurale Eiteransammlung in Folge acuter oder chronischer Pachymeningitis suppur. von ätiologischer Bedeutung sei, fand in den vorliegenden Fällen keine directe Bestätigung, doch ist J. geneigt, für die chron. Form der Pachymen. derselben beizutreten. Bemerkenswerth ist die Angabe, dass nur in einem Falle Stauungspapille beobachtet wurde, sowie dass die 4 Kleinhirnabscesse ausnahmslos von Labyrintherkrankungen begleitet waren, bestehend 1 Mal in ödematöser Schwellung und Röthung der membranösen Bogengänge, 2 Mal in Empyem, 1 Mal in völligem Verlust des knöchernen und häutigen Labyrinths und Ersatz durch fibröses Gewebe; bei den 3 Schläfenlappenabscessen waren macroscopisch die Labyrinthe frei geblieben. Der Warzenfortsatz war in allen Fällen erkrankt, 4 Mal mit Empyem, 3 Mal mit Cholesteatom, 2 Mal ohne äussere Anzeichen der Erkrankung. Im Allgemeinen waren die Symptome für Hirnabscesse so unbestimmt, dass nur 1 Schläfenlappenabscess mit Sicherheit diagnosticirt und genauer localisirt werden konnte, der einzige Fall, welcher operirt wurde; in einem Falle konnte ein Hirnabscess angenommen, aber nicht localisirt werden; 2 Mal liess sich eine intracranielle Complication constatiren, während 3 Mal der durch die Section nachgewiesene Hirnabscess intra vitam überhaupt nicht vermuthet worden war.

Digitized by Google

Der operirte Fall ist folgender. Bei einem 46jähr. Locomotivführer entwickelte sich langsam unter andauernd heftigen Kopfschmerzen mit Schwindel, Uebelkeit und Gedächtnissschwäche eine Anschwellung des rechten Warzenfortsatzes; rechtes Trommelfell geschwollen, mässig geröthet, nicht perforirt. Trotz Freilegung des grossen Empyems im Processus Fortdauer der Kopfschmerzen, nach einigen Tagen Symptome von Herderkrankung, Parese im linken Arm, Facialis, Bein, mit stark wechselnder Intensität der Erscheinungen. Unter Annahme eines Schläfenlappenabscesses (und zwar mit Rücksicht auf das Ohrleiden; die Lähmungserscheinungen wurden auf eine secundäre Fluxion im hinteren Theile der Caps. int. bezogen) wurde die Operation ausgeführt und der Eiterherd getroffen; alsbald Nachlass der Semnolenz, Kopfschmerzen und Lähmung, doch bleibt eine Erweiterung der rechten Pupille, Schwäche des Facialis und des Gedächtnisses. Nach 2 Monaten Entlassung in die Heimath; dort schon am folgenden Tage Wiederauftreten der Lähmungen, Vorwölben der Operationsnarbe; nach Eröffnung derselben, wobei sich kein Eiter entleerte, kurze Besserung für einige Stunden, dann Exitus lethalis. Section wurde nicht gemacht. Keller.

Ein Fall von geheiltem Schläfenlappenabscess. Von A. Baginsky und Th. Gluck. (Berliner klinische Wochenschrift No. 48, 1891.)

Bei einem 5jährigen Knaben, dem eine in den linken Gehörgang gesteckte Erbse 14 Tage daselbst verblieben und eine Mittelohreiterung hervorgerufen hatte, stellten sich im Laufe der nächsten 2 Monate nach Entfernung des Fremdkörpers, nachdem die Otorrhoe längere Zeit geschwunden war, cerebrale Symptome ein; trotzdem kein Herdsymptom vorlag, — keine Parese, keine aphasischen Störungen, keine Stauungspapille oder contralaterale Taubheit, vielmehr nur allgemeiner Kopfschmerz, Apathie, zeitweise Sopor mit momentanem Aufschreien, — wurde dennoch die Diagnose auf Abscess im linken Schläfenlappen gestellt, hauptsächlich weil es sich um eine Mittelohreiterung als Entstehungsursache handelte und weil B. kurz vorher ein gleiches Krankheitsbild bei einem mit Caries des Felsenbeins behafteten Kinde beobachtet hatte, bei welchem die Section einen weit ausgedehnten Schläfenlappenabscess nachwies. Die von Gluck ausgeführte Operation erwies die Richtigkeit der Diagnose und war vom günstigsten Erfolge begleitet, insofern nach Entleerung des Abscesses der Knabe sich ausserordentlich rasch und vollständig erholte. Gluck schliesst an die Beschreibung der Operation eine Reihe von Betrachtungen über die allgemeine Hirnchirurgie an, welche, auf eine grosse eigene Erfahrung basirend, für den Ohrenarzt von ganz besonderem Interesse sind, jedoch in ihrem Zusammenhange im Originale selbst nachgelesen werden müssen. Keller.

Casuistische Mittheilungen. Von Dr. Ludewig. (Arch. f. Ohrenhlkde. Bd. 29, XIV.)

I. Lebensgefährliche Blutung bei Paracentese des Trommelfelles durch Verletzung des Bulbus venae jug. An einem fünfjährigen Knaben wurde wegen Ansammlung serösen Exsudates die Paracentese vorgenommen; bei der Dilatation des Schnittes nach abwärts

Digitized by Google

schoss ein dicker Blutstrahl aus dem Gehörgange. Trotz schleunigster Tamponade verlor der kleine Patient ca. 1000 Gramm Blut, glücklicherweise stand die Blutung bald und als nach acht Tagen der Verband gewechselt wurde, war die Venenwunde und der Trommelfellschnitt verheilt. Bald darauf konnte Patient geheilt entlassen werden.

Auffallend war am Trommelfelle vor der Paracentese nur ein durchscheinendes Blau im hinteren unteren Quadranten, dem jedoch weiter keine Bedeutung beigemessen worden war.

Die Ansicht des Autors, dass ein solches Ereigniss in der Literatur bisher nicht verzeichnet sei, muss Referent mit dem Hinweise auf einen analogen Fall berichtigen, den Gruber in seinem Lehrbuche, II. Aufl., Seite 461, anno 1888 beschrieb.

II. Ruptur des Trommelfelles durch Blitzschlag. Ein 37jähriger Mann, der auf dem Felde vom Blitz getroffen worden war, so dass er 1 Stunde besinnungslos und eine weitere halbe Stunde unfähig blieb, zu sprechen und sich zu bewegen, bemerkte einen Tag nachher beiderseits Schwerhörigkeit und pulsirendes Summen rechts. 18 Tage nach dem Unfalle wurde am rechten Trommelfelle hinten eine etwa erbsengrosse, nierenförmige Perforation mit nach innen umgeworfenen Rändern gefunden. Die obere Begrenzung der Perforation säumte ein Streifen eingetrockneten Blutes ein; das Promontorium war von zarter, blasser Schleimhaut bekleidet. Uhr ad concham et proc. mast., Flüsterzahlen 20 Ctm.; Weber C. unbestimmt. Zuheilung (Flüsterzahlen auf 3½ Mtr.) nach einem Monate. Gomperz.

Bericht über die Thätigkeit der Kgl. Univ.-Ohrenklinik zu Halle a. S. vom 1. April 1888 bis 31. März 1889. (Arch. f. Ohrenhlkde. Bd. 29, XVI.)

Zur Beobachtung kamen 2070 Krankheitsfälle bei 1515 Patienten. Aus der Krankheitstabelle seien hervorgehoben:

206 Fälle von Otitis media suppurativa acuta, davon 21 mit Entzündung der Warzenzellen.

349 Fälle von Otitis media suppurativa chronica, davon 23 mit Entzündung der Warzenzellen, 3 mit Necrose, 79 mit Caries, 46 mit Polypen, 25 mit Cholesteatom. Aus der Operationstabelle sei hervorgehoben:

Die operative Eröffnung des Antrum wurde 50mal (3mal doppelseitig), die Hammerexcision 22mal, die des Ambosses 11mal, die Wilde'sche Incision und die Eröffnung der Schädelhöhle je 3mal, die Tonsillotomie 186mal, die Entfernung adenoider Vegetationen 107mal ausgeführt. Aus der, der Arbeit beigegebenen Liste der 47 Aufmeisselungsfälle ist zu ersehen, dass

24	Patienten	geheilt (einmal trotz Sinusblutung),
2	„	gebessert wurden,
4	„	sich gebessert der Behandlung entzogen,
4	„	noch in Behandlung blieben,
je 1	Patient	ungeheilt wegblieb und wegzog und
11	Patienten	starben.
47	Patienten.	

Digitized by Google

Die 10 Fälle der stationären Clinik, welche lethal endeten und deren sehr sorgfältige Krankengeschichten in die Arbeit aufgenommen wurden, sind folgende:

1) Chronische rechtsseitige Eiterung mit Caries im Warzenfortsatz und subperiostalem Abscess, Meningitis, Kleinhirnabscess.
2) Chronische linksseitige Eiterung mit Carcinom des äusseren Gehörganges, Facialislähmung, Meningitis.
3) Chronische linksseitige Eiterung mit Abscess im l. Schläfelappen, Pyaemie.
4) Chronische linksseitige Eiterung mit Caries und fistulösem Durchbruch am Warzenfortsatze. Tod durch Chloroformasphyxie.
5) Chronische linksseitige Eiterung mit Empyem und Caries des Warzenfortsatzes, Cholesteatom, subduralem und Kleinhirn-Abscess. Trepanatio cranii.
6) Acute eitrige Mittelohrentzündung mit Empyem des Warzenfortsatzes, Meningitis.
7) Acute (?) Mittelohrentzündung mit Caries rechts.
8) Chronische eitrige Mittelohrentzündung mit Polypen und Cholesteatom.
9) Chronische eitrige Mittelohrentzündung beiderseits mit Polypen, links mit Cholesteatom. Kleinhirnabscess, Meningitis, Pneumonie.
10) Chron. eitrige Mittelohrentzündung, rechts mit Cholesteatom im Warzenfortsatz, Abscess im r. Schläfelappen, Trepanatio cranii.

Gomperz.

Ueber die therapeutische Verwerthung der Borsäure nebst Mittheilungen über ein neues Borpräparat. Von Dr. Jaenicke. (Therapeut. Monatshefte 1891, September.)

Nach den Untersuchungen des Autors ist die eigentliche pilztödtende Kraft der Borsäure eine sehr geringe, dagegen um so grösser ihre Fähigkeit, die Lebensäusserungen der Spaltpilze, speciell die Vermehrung und die Erzeugung giftiger Stoffwechselproducte zu unterdrücken. Um das auch durch seine Reizlosigkeit vor vielen anderen ausgezeichnete Mittel in stärkerer Lösung bei gewöhnlicher Temperatur zu verwenden, als bis jetzt möglich war (4 pCt.), bemühte sich der Autor, ein Borsäurederivat zu finden, welches bei gleicher entwicklungshemmender Kraft eine grössere Löslichkeit besässe. Dies gelang durch Erhitzen gleicher Theile Borsäure, Borax und Wasser bis zum Sieden, worauf nach dem Erkalten die neutral reagirende Borsäure-Boraxverbindung auscrystallisirt. Dieser Körper löst sich bei Zimmertemperatur zu etwa 16 pCt., bei Blutwärme zu mehr als 30 pCt., bei Siedetemperatur bis über 70 pCt.; da derselbe sich bei gewöhnlicher Temperatur nur sehr langsam auflöst, ist es zweckmässig, auch die 16 proctgn. Lösungen unter Zuhilfenahme der Siedehitze herzustellen, etwa 1 Theil des Borpräparates auf 4 Theile Wasser, während man für stärkere Lösungen gleiche Theile erhitzt. Verfasser hat von der Anwendung der meist 16 proctgn. Lösung bei Ohreneiterungen (wie auch bei Behandlung von inficirten Wunden) sehr günstige Erfolge gesehen.

Keller.

Digitized by Google

b) Rhinologische:

Klinische Erfahrungen auf dem Gebiete der Rhinologie und Laryngologie. (Faits cliniques dans le domaine de la Rhinologie et de la Laryngologie.) Von Luc. Paris.

1. Diffuses Fibro-Adenom der Schleimhaut des Kehlkopfes und Rachens. (Fibro-adénome diffus des muqueuses laryngienne et pharyngienne.)

Ein 26jähriger Weinreisender, ohne hereditäre Belastung, zeigte am rechten, hinteren Gaumenbogen einen Haselnussgrossen, runden, grauröthlichen Tumor; das Cavum laryng. zum Theile erfüllt mit ähnlichen Geschwülsten, davon zwei gleichfalls von Haselnussgrösse. Stimme rein. Keuchender Athem. Abtragung der zumeist breitbasig aufsitzenden Neubildungen vermittelst galvanocaustischer Schlinge und Krause'scher Zange innerhalb von 2 Monaten. Darauf wurden noch im Nasenrachenraume eine den vorgenannten ähnliche Geschwulst, sowie zahlreiche adenoide Vegetationen entdeckt und mit der Löwenberg'schen Zange und dem Gottstein'schen Ringmesser entfernt. Die Neubildungen erwiesen sich sämmtlich als diffuse Fibro-Adenome. Volle Heilung.

2. Submucöser Abscess der Nasenscheidewand traumatischen Ursprung. (Abscès sous-mouqueux de la cloison nasale, d'origine tramatique.)

Sturz einer Dame vom Velociped. 4 Tage darauf constatirt L. vollständige Verstopfung beider Naseneingänge durch einen runden Tumor, der sich bei der Punction als Abscess der Nasenscheidewand manifestirte, gespalten wurde und darauf ohne Deformität des Nasenrückens heilte.

3. Laryngitis haemorrhagica. (Laryngite hémorrhagique.) Blutspeien bei einem 55jährigen Manne mit völlig gesunden Lungen, doch grosser Neigung zu Congestionen nach dem Kopfe. Als Quelle der Blutung wurde laryngoscopisch eine Erosion erkannt, welche im Centrum einer dunkelviolett gefärbten Ecchymose im Niveau des linken Santorini'schen Knorpels auf sehr starkgerötheter Schleimhaut sass. Mit Verschwinden dieser Erosion sistirte die Blutung innerhalb 8 Tagen.

4. Acute syphilitische Larynx-Stenose. Beseitigung der Dyspnoe durch Curettement ohne Tracheotomie. (Sténose laryngée aiguë d'origine syphilitique. Suppression de la dyspnée par le curettage sans trachéotomie.)

Seit einigen Tagen zeigte sich bei einer 43 Jahre alten Frau Larynxstenose. Als Grund hierfür wurde Haselnussgrosse Anschwellung beider Aryknorpel festgestellt. Bei Abwesenheit aller Erscheinungen, welche auf Tuberculose schliessen zu lassen erlaubten, wurde Syphilis als ätiologisches Moment angenommen. — Vollständige Excision der infiltrirten Massen mittelst der schneidenden Zange von Krause und der Curette von Heryng. Hierdurch, sowie durch nachträgliche Darreichung von Jodkali definitive Heilung. Beschorner.

Beiträge zur Therapie der Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten. Von Dr. Ed. Löri in Budapest.

L. wendet bei acutem und einfachem chronischen Nasencatarrh Pinselungen der Nasenschleimhaut mit Bellad.-Tinct., bei empfindlichen

Digitized by Google

Kranken mit Cocain-Lösung gemischt (20 Tropfen Tinct. Bellad. und 10 Tropfen 5 proctgr. Cocain-Lösung) an. Bei Empyem. antr. Highmor. sah er die Beschwerden wesentlich vermindert, bezw. nach 4—6 monatlicher Anwendung des Verfahrens Heilung, durch tägliches kräftiges Anpressen eines, mit einer Lösung von Jod. pur. 1,0, Chlorof. 30,0 getränkten Pinsels an das Ostium maxillare oder den Hiatus semilunar. — Gegen die häufig recidivirende Tonsillitis parenchymatos., follicular., und Peritonsillitis lässt er 2—3 Mal täglich folgendes Gurgelwasser gebrauchen: 0,1 bis 0,3 Jod. pur., 1,0—3,0 Kal. jod., 1,0—3,0 Tannin auf 100,0 Aqu. Die Tonsillitis mycotic. pinselt er mit oben genannter Jod-Chloroform-Lösung oder Chlorof. pur. Bei Glottiskrampf der Erwachsenen sah er von dem Auflegen eines Belladonna-Pflasters (Extr. Bellad. 3., Empl. Cicutae und Empl. Diachyl. comp. āā 10) vortreffliches Erfolg. — Diphtheritis behandelt L. mit Schwefeldämpfen und Gurgelungen mit verdünntem (1 : 5) Alcohol. — Bepinselungen und sonstige eingreifende Manipulationen verwirft er. Wichtig: gute Ernährung, reichlich Wein und Branntwein. Ferner macht L. Mittheilung über seine Beobachtung, dass bei Aufblasen einer Mischung von Alum. und Zinc. sulfur. āā oder bei Einträufeln einer concentrirten Lösung dieser Mischung auf echte Larynxpapillome, diese öfters nach einigen Tagen zerklüfteten und später theilweise oder ganz abbröckelten. So verschwanden die Papillome in einigen Fällen nach 4, 9 und 16 Wochen vollständig.

Beschorner.

Ausgleichung eckiger Deformitäten der Nase durch ein subcutanes Operations-Verfahren. (Du redressement des déformations angulaires du nez par une opération sous-cutanée.) Von Dr. John O. Roe in Rochester. (Arch. internat. de Laryng. etc. IV, No. 5, 1891, Sept.-Octbr.)

R. bahnt sich vom Nasen-Innern aus durch die obere Wand einen Weg bis zur unteren Fläche der äusseren Hautbedeckung, führt auf diesem eine winklig gekrümmte Scheere ein und trägt so subcutan die knöcherne Prominenz des Nasenbeines ab. Die beigegebenen, nach Photographien vor und nach der Operation ausgeführten Abbildungen zeugen von den überraschend schönen kosmetischen Erfolgen, welche mit der angegebenen Methode erzielt werden können. Beschorner.

Epithelialsarcom der Nasenhöhlen, Uebergreifen auf die Stirnbeinhöhlen, latenter Abscess des Gehirnes, plötzlicher Tod, Section. (Tumeur mixte [epithéliosarcome] des fosses nasales. Envatissement des sinus frontanso. Abcès latent du cerveau. Mort subile. Autopsie.) Von Dr. G. Durante. (Archives de laryngologie und Revue de laryngologie No. 4, 1891.)

Der Titel besagt das Ganze. Dieser Fall beweist von Neuem die grosse Toleranz des Gehirns und spornt zur Vorsicht bei der Exstirpation solcher Tumoren an. Die beiden Stirnlappen waren symmetrisch zerstört, es konnte also intra vitam keine Rede von Vicariiren der noch unbekannten Functionen der Stirnlappen sein. Dr. P. K.

Digitized by Google

Cysten der Nase. (Nasal Cystomata — Report of Two Cases.) Von C. W. Richardson, Washington, D. C. (The Journ. of the Am. Med. Assoc., 3. October 1891.)

Bericht zweier Fälle von Cysten, die am Pharynxdach sassen und deren Entfernung keinerlei Schwierigkeiten darbot.

W. Freudenthal (N.Y.).

Grosser papillärer Tumor am hinteren Ende der linken unteren Nasenmuschel. (Tumeur papillaire volumineuse s'implantant sur l'extrémité postérieure du cornet inférieur gauche.) Von Dr. Noquet. (Bulletin médical du Nord No. 15, 1891.)

Ein 49jähriger Mann zeigt Verstopftsein der linken Nasenhöhle, bei rechtsseitiger Lage Verstopftsein auch der rechten; weder Nasenbluten, noch Schmerz, noch Ausfluss, noch Deformation. Die Differentialdiagnose mit malignen Tumoren und Schleimpolypen war leicht; nur das Microscop erlaubt die Differentialdiagnose mit papillärem Adenom. Operation mittelst der kalten Schlinge in drei Sitzungen; der Tumor war pflaumengross. Verf. betont die Seltenheit der Papillome. Dr. P. K.

Augenleiden in Folge von chronischer Rhinitis. (Inflammation oculaire dépendant d'une rhinite chronique.) Von Dr. Blitz. (The Journal of the American. med. Association und Annales des maladies de l'oreille et du larynx.)

Augenbrennen, Photophobie, Thränenlaufen, Conjunctivaschwellung heilten durch zweckmässige Behandlung des Nasenleidens.

Dr. P. K.

Ein Fall von Empyem der Highmorshöhle bedingt durch Erysipel-Streptococcen. (Un cas d'empyème de l'antre d'Highmore du au Streptocoque de l'érysipèle.) Von Luc. Paris.

Entwickelung eines linksseitigen Empyems der Highmorshöhle bei einer 65jährigen Frau, im Anschluss an ein Gesichts-Erysipel, mit Abscessbildung am linken oberen Augenlide, jedenfalls bedingt durch Eindringen von Streptococcen in den Sinus maxillaris. Operation 9 Monate nach der Entstehung, durch Eröffnung von der Fossa canina aus. Der nicht fötide Eiter liess bei der microscopischen Untersuchung ausschliesslich Streptococcen in der für Erysipel characteristischen reihenförmigen Anordnung erkennen. Dentaler Ursprung des genannten Empyems war auszuschliessen. Heilung. Beschorner.

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Urticaria des Schlundes. (Urticaire de la gorge.) (Société de médecine de Paris, Séance du 3. Juillet 1891.)

Dr. Laverau stellt eine 30jährige Patientin vor, welche fast jeden Morgen einen Anfall von Urticaria an irgend einer Körperstelle hat; am letzten Morgen trat Urticaria des Schlundes mit Dysphagie und Dyspnoe auf: Uvula, Mandeln und die Bögen waren geschwollen; an der Wange

Digitized by Google

und an der Zunge waren Urticariapusteln zu sehen. Dr. Montard Martin wurde eines Abends zu einer Dame gerufen, welche Dysphagie und Erstickungserscheinungen hatte; die Zunge trat zwischen den Zahnreihen hervor. Einige Stunden später trat auch im Gesicht und an den Lippen Urticaria auf. Ohne Hauteruption ist die Diagnose oft schwer. Heilung von selbst in kurzer Zeit. Dr. Rendu beobachtete einen ähnlichen Fall bei einem kleinen Kinde, wo die Erstickungserscheinungen gefährlich zu werden drohten. Dr. Sevestre beobachtete zwei ähnliche Fälle in demselben Moment und in derselben Familie Man kann immer die beste Prognose stellen. Dr. P. K.

Lipoma sublinguale. (Lipome sublingual.) Von Dr. Folet. (Bulletin médical de Nord No. 12.)

Werden fast immer mit den gewöhnlichen Zungencysten verwechselt; letztere sind aber blauviolett, während die Lipome offenbar gelb sind. Selten; Verf. konnte nur 10 Fälle sammeln; der erste wurde von Dupuytren beschrieben (1830). Die Probepunction verstärkt die Diagnose; nach einem einfachen Schnitt durch die Mucosa quillt die Fettgeschwulst fast von selbst hervor; mittelst stumpfen Instruments wird sie leicht herausgeschält. Dr. P. K.

Zungenangiom. Exstirpation, Heilung. (Angiome de la langue, extirpation, guérison.) Von Dr. Luis Maglioni. (Annal. del Circ. med. Argentino und Revue de laryngologie No. 2, 1891.)

Ein 7jähriger Knabe zeigte seit 2 Jahren auf dem Zungenrücken links einen erdbeergrossen vasculären Tumor. Exstirpation mittelst des galvanocaustischen Messers. Heilung nach 8 Tagen. Dr. P. K.

Ein Fall von idiopathischem Zungenkrampf. (Un cas de crampe idiopathique de la langue.) Von Dr. Stefano Personati. (Union médicale und Revue de laryngologie No. 2, 1891.)

Seltene Fälle, wenn man die von Allgemeinerkrankungen abhängigen abrechnet. Ein 50jähriger Mann zeigt täglich ungefähr 20 Anfälle, während welchen die Zunge aus dem Munde hervorschnellt; Gähnen, Speichelfluss, Polydipsie und Schmerzen im Bereiche des Dentalis inferior begleiten den Anfall. Verf. nimmt einen Reiz des Ursprunges des Hypoglossus an. Dr. P. K.

Diagnose und Behandlung der Dermoidcysten des Bodens der Mundhöhle (laterale Cysten). (Diagnostic et traitement des kystes dermoides du plancher de la bouche [kystes latéraux].) Von Dr. Monod. (Société de chirurgie de Paris, Séance du 1. Juillet 1891.)

Ein 19jähriges Mädchen zeigte einen linksseitigen, oberhalb des Zungenbeins gelegenen, mehrere Jahre bestehenden, nicht verwachsenen, keine sonstigen Störungen verursachenden Tumor mit allen Zeichen der Dermoidcyste. Operation durch den Mund, um eine äussere Narbe zu verhüten: Punction mit dem Thermocauter, Herausdrücken einer weissgelben Masse, Erweiterung der Wunde mit Excision eines Stückes der

Digitized by Google

stenwand, Betupfen und Tamponiren der Höhle mittelst Chlorzink-ung. Heilung. Wenn bei medianen, an dieser Stelle gelegenen Der-idcysten der. äussere Hautschnitt angerathen wird, so soll man bei eralen immer durch den Mund operiren. Dr. P. K.

---

itrag zur Lehre der Syphilis der Tonsilla pharyngea und praeepiglottica. (Contribution à l'étude des manifestations de la syphilis sur les tonsilles pharyngée et préépiglotte (3ième et 4ième amygdale.) Von Dr. E. J. Moure und Dr. V. Raulin. (Revue de laryngologie No. 6 und 7, 1891.)

Im secundären Stadium sind die geschlossenen Follikel entzündet d geschwellt oder sie sind ausserdem noch condylomatös bedeckt; tertiären Stadium sind sie gummatös angeschwollen und ulceriren äter. Diese Anschwellung der geschlossenen Follikel war schon den en Autoren bei Syphilis bekannt; diese Anschwellung, ähnlich der der beutanen Lymphdrüsen, ist ein werthvolles Zeichen für die Diagnose r Syphilis. Bei jungen Leuten, namentlich Tabakrauchern, fehlt sie ɜ; gewürzte Speisen befördern selbe auch; ebenso vieles Sprechen. An der Zungenbasis: Die functionellen subjectiven Symptome sind nkel; die objectiven Symptome sind von mehr Bedeutung; das Laryn-scop, gehörig eingestellt, lässt das Leiden leicht entdecken, von wel-em Verff. zwei Typen, je nachdem die Follikel allein oder das um-gende Bindegewebe mit ergriffen ist, annehmen. 2) Die Rachentonsille: ɛ Symptome sind verschieden, je nachdem die Rachentonsille allein er die Rosenmüller'schen Gruben nebst den Tuben mitergriffen sind. Die tertiären Formen der Syphilis der geschlossenen Follikel bestehen Gummatis, welche schmelzen und den so oft beobachteten, perforirenden, n hinten nach vorne fortschreitenden Geschwüren, die mit grossen Sub-anzverlusten einhergehen und am Gaumen unter anderem erzeugen.

Nach Verff.'s Untersuchungen zu urtheilen, wird also das adenoide ɜwebe der Rachentonsille sowie der Zungenbasis ebenso wie das adenoide ɜwebe an anderen Stellen von Syphilis heimgesucht. Diagnose leicht; ·ognose günstig, ausgenommen für die Ohrenaffectionen. Behandlung ıe gemischte. Verff. geben 4 Beispiele als Beleg. Dr. P. K.

---

tralinguales Tuberculom. (Tuberculome intralingual.) Von Dr. A. Poncet. (Lyon médical und Revue mensuelle de laryngol. et d'otol. No. 11, 1889.)

Ein 26jähr. Mann hat einen fluctuirenden, hartnäckigen, haselnuss-ossen, mit der Mucosa nicht verwachsenen Tumor in der rechten ıngenhälfte, dem Rande zu. Er entstand langsam vor 3 Jahren; Infra-ıxillardrüsen angeschwollen. Patient wurde zur Zeit von einem ähn-ɛhen Tumor durch die Operation befreit. Die Punction ergab die Dia-ıose eines Tuberculoms; so ein tiefsitzendes, von normaler Mucosa be-ɛcktes Tuberculom findet sich nirgends beschrieben. Man soll eröffnen ıd auskratzen. Dr. P. K.

Digitized by Google

Myxosarcom der Parotis mit pharyngealem Auswuchs. (Myxosarcome encapsulé de la parotide à prolongement pharyngien.) Von Dr. Dubar. (Bulletin médical du Nord No. 13.)

Eine 43jähr. Patientin zeigt einen linksseitigen, indolenten, hühnereigrossen, mit der Haut nicht verwachsenen, beweglichen, im Pharynx fühlbaren, undeutlich fluctuirenden, auf Druck auch nicht schmerzhaften, jedenfalls eingekapselten, gutartigen Tumor. Die Totalexstirpation gelang ohne Schwierigkeit. Heilung. Dr. P. K.

Bemerkungen über die Exstirpation von Zungentumoren. (Quelques considérations sur notre méthode d'ablation des tumeurs de la langue.) Von Dr. Péan. (Revue de laryngologie No. 12, 1891.)

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: Diese Präventivmethode erlaubt die partielle und selbst totale Zungenexstirpation ohne jeden Blutverlust. Sie kann angewandt werden, selbst wenn der Tumor den Zungenboden, den Maxillaris inferior und die Gaumenbögen ergriffen hat. Die Arteriae linguales brauchen nicht vorher unterbunden zu werden. Die Operationswunde kann gut heilen, selbst wenn der Mundboden und ein Theil des Os maxillare inferior entfernt worden sind. Die angelegten Nähte verschonen die Wunde vor reizenden Flüssigkeiten und vor Infection. Primäre und secundäre Blutungen sind nicht zu fürchten. Um die Erstickung zu vermeiden, muss der Kranke auf die Seite gelegt werden, man legt gestielte Schwämme in den Mund zum Blutaufsaugen, man zieht die Zunge mittelst Silberdrähten hervor und erhält, wenn möglich, einen zungenförmig zugeschnittenen Rest gesunder Zunge. Dr. P. K.

Phlebitis nach Amygdalitis follicularis. (Phlebites consécutives suite de l'amygdalite folliculaire.) Von Dr. Trumbull. (New-York med. Record und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 5, 1891.)

Eine in der Reconvalescenz von einer Amygdalitis sich befindende Patientin erkrankte an Phlebitis infectiosa, welche von den varicösen Pharynxvenen ausging. Schüttelfrost, gestörtes Allgemeinbefinden, Brechen, Kopfschmerz, Lungencongestion, Icterus, Albuminurie, Tod am 7. Tage. Dr. P. K.

Oeffnung am rechten vorderen Gaumenbogen mit linksseitiger überzähliger Mandel. (Hiatus du pilier antérieur du palais avec amygdale supplémentaire du côté opposé.) Von Dr. Herbert Claiborn. (The New-York med. Journal und Revue de laryngologie No. 2, 1891.)

Ein 25jährige Frau zeigte eine nur bei heruntergedrückter Zunge mit dem Spiegel sichtbare, am unteren Ende des Arcus palatopharyngeus gelegene überzählige Mandel, welche, mit dem Amygdalotom entfernt und microscopisch untersucht, normales Mandelgewebe ergab. Rechterseits befand sich am vorderen Gaumenbogen, etwas von der Mittellinie entfernt, eine angeborene Oeffnung. Selten findet man diese beiden Anomalien bei demselben Individuum. Dr. P. K.

Digitized by Google

Vorzüge der Operation der Uranoplastie in zwei Sitzungen. (Sur l'avantage de faire l'uranoplastie en deux séances.) Von Dr. Polaillon. (Union médicale und Revue de laryngologie No. 2, 1891.)

Die seitlichen Einschnitte nach Baizeau verletzen gewöhnlich die Arteriae palatinae und geben gefährliche und störende Blutungen. Deshalb macht Verf. die Operation in zwei Sitzungen. Cocainisirung und seitliche Schnitte nahe den Kiefern; die mucöse Brücke wird von aussen nach innen einige Millimeter breit losgelöst; kommt Blutung, so wird selbe gestillt und der Rest der Operation am anderen Tage gemacht. In der zweiten Sitzung wird chloroformirt, das Loslösen wird vervollständigt und die Mucosa so nahe als möglich vom Knochen getrennt; nun werden die Ränder der Spalte angeschnitten und die Sutur gemacht; erst nach 6 Tagen werden die Nähte entfernt. Dr. P. K.

Fall von zweijährigem Bestehen einer Pharyngitis fibrinosa. (Un cas de pharyngite fibrineuse datant de deux ans.) Von Dr. A Onodi. (Revue de laryngologie No. 5, 1891.)

Der Fall betraf einen 30jährigen Arzt; Einspritzungen von Jodol und einer Mixtur von Sozojodol mit Morphium thaten die besten Dienste. Dr. P. K.

Primärer Lupus im Pharynx. (Lupus primitif de la gorge.) Von Dr. André Moussans. (Journal de médecine de Bordeaux und Revue de laryngologie No. 5, 1891.)

Seltene Fälle. Nicht schmerzhaft, localisirt, langsamer Verlauf, Hyperplasie und zugleich Zerfall: Characterisirende Symptome. Nichterfolg einer antisyphilitischen Kur lässt Syphilis, der schleppende Verlauf lässt Tuberculose ausschliessen. Dr. P. K.

Halsgicht. (Goutte de la gorge.) Von Dr. Vaton. (Gazette des sciences médicales de Bordeaux und Revue de laryngologie No. 6, 1891.)

Dyspnoe mit Oedem der Uvula, des Arcus und des Velum palatinum; Patient war gichtisch; die Angina wurde als gichtisch erkannt und es wurden Sinapismen, Kali chloricum-Gurgelungen nebst Vichywasser verordnet; Scarificationen halfen wenig. Heilung trat plötzlich auf, nachdem ein Gichtanfall an der grossen Zehe eingetreten war.
Dr. P. K.

Acute Laryngitis nach Verschlucken heisser Torte. Intubation. Heilung. (Laryngite aigue consécutive à l'ingestion de tarte chaude. Intubation. Guérison.) Von Dr. James Kone. (Occidental medical Times und Revue de laryngologie No. 13, 1891.)

Ein 4jähriges Kind nahm heimlich ein Stück Torte direct vom Ofen und verschlang selbes. Lauter Schrei, Schmerz im Larynx, Heiserkeit, Athemnoth. Intubation nach 3 Tagen wegen gefährlicher Dyspnoe. Nach 24 Stunden wurde das Rohr ausgehustet, aber wieder in den Larynx gebracht; am anderen Tage befreite das Kind seine Hände, riss den Faden des Cylinders ab und verschluckte letzteren; man fand ihn nachher im Stuhlgang. Vollständige Heilung. Dr. P. K.

Digitized by Google

Ueber das operative Vorgehen bei Beseitigung adenoider Vegetationen im Rachen. (Sur le manuel opératoire de l'ablation des tumeurs adénoides du pharynx.) Von Dr. Alb. Ruault. (Arch. internat. de Laryngologie etc. IV, No. 5, Sept.-Octbr. 1891.)

R. tritt für die Operationsmethode der adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes bei hängendem Kopfe, unter Chloroformanästhesie, in einer Sitzung mittelst schneidender Zange, unter strengsten antiseptischen Cautelen vor, während und nach der Operation, ein. Er lässt das Operationsfeld mehrere Tage vor und nach dem Eingriffe mit antiseptischen Pulvern (Salol, Aristol) bestreuen und ruht bei demselben nicht eher, als bis mit der von ihm angegebenen schneidenden und gefensterten Zange, welche einer Doppelcurette ähnelt, alle Vegetationen beseitigt sind. Unmittelbar nach der Operation empfiehlt er die Wundfläche mit einer Jodlösung (Jod. pur. 2,0, Kali jod. 2,0, Aqu. destill. 8) zu betupfen. — Fieber, infectiöse Mandelentzündungen, Hirnreizungen, allgemeines Uebelbefinden werden auf diese Weise vermieden. Beschorner.

Ueber Pachydermia laryngis und namentlich des aryepiglottischen Raumes. (De la pachydermie du larynx et principalement du pli interaryténoidien.) Von Professor Dr. Chiari, übersetzt von Dr. Sternberg. (Revue de laryngologie et d'otologie No. 1, 1891.)

Verf. hat es bei Syphilis, Tuberculose, chronischem Larynxcatarrh Pachydermia laryngis beobachtet; Gouguenheim, Doléris, Foa, Kanthack, Luc, Bergengrün haben eben dasselbe bei Kranken beobachtet. Uebrigens sieht man bei sonst gesundem Larynx oft an der vorderen Fläche der hinteren Larynxwand weisse Flecke und Verdickungen, welche als Hypertrophie des Epitheliums zu deuten sind. Verf. hat dieses an pathologisch-anatomischen Präparaten, sowie am Lebenden nachgewiesen. Der Interarytänoidalraum scheint besonders geeignet zu sein, die diffuse Pachydermie einzugehen; chronischer Catarrh, Alcohol, Syphilis, Tuberculose können die einfache Hypertrophie des Epitheliums, ja selbst Knoten, welche aus Epithelium und zahlreichen Papillen bestehen, hervorrufen; die Stimmbänder hingegen sind wenig geeignet, diese Metamorphose einzugehen. Dr. P. K.

Ueber Pachydermia laryngis. (Sur la pachydermie laryngée.) Von Dr. Brébion. (Revue de laryngologie No. 3, 1891.)

Verf. giebt die Geschichte und Symptomatologie dieser in Frankreich noch nicht beschriebenen Krankheit. Vor chirurgischen Eingriffen soll man sich hüten; lauwarme Einathmungen leicht antiseptischer oder adstringirender Mittel, wenig Bepinselungen, besonders aber Jodkalium in der Dosis von 3 Decigramm pro die. Dr. P. K.

Studie über die Laryngitis chronica. Laryngitis pachydermica; chirurgische und medicamentöse Behandlung. (Etudes sur les laryngites chroniques. Processus pachydermique. Traitement médical et chirurgical.) Von Dr. Paul Tissier. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 7, 1891.)

Die Laryngitis chronica ist wenig studirt, eben weil sie so häufig und ihre Behandlung so undankbar ist. Die Pachydermia diffusa und

Digitized by Google

verrucosa Virchow's ist eigentlich ein chronischer Catarrh, eine dermoide Metamorphose der Larynxmucosa, wie sie Förster beschrieben hat; Türck nennt sie Chorditis tuberosa; Cornil und Ranvier haben selbe schon beschrieben; wir finden übrigens denselben histologischen Befund bei Syphilis, Tuberculose, überhaupt bei allen chronischen Reizzuständen. Die Pachydermia ist also eine alltägliche, nicht bedeutende Läsion, welche im Larynx bei allen chronischen Reizzuständen, mögen letztere Tuberculose, Syphilis oder andere ätiologische Reize betreffen, beobachtet wird; der einzige wichtige Punkt in der Aetiologie besteht in der Continuität des Reizes und in dessen geringer Intensität; es ist also nur ganz einfach eine Methode der Reaction der Mucosa. Die Pachydermie kann also nicht als einheitliches Krankheitsbild hingestellt werden, weder vom pathologisch-anatomischen, noch vom ätiologischen, noch vom symptomatischen Standpunkt aus betrachtet. Schon Stoerck hat seiner Zeit die Laryngitis pachydermica in den Rahmen der Laryngitis chronica gerechnet. Chiari ist derselben Meinung wie Verf.

Verf. giebt nun in langer Auseinandersetzung die pathologische Anatomie, die Symptomatologie und die geeignete Behandlung der Laryngitis. Die fleissig ausgearbeitete, interessante Abhandlung verdient im Original nachgelesen zu werden. Dr. P. K.

Acutes, gutartiges, infectiöses Larynxoedem. (Oedème aigu infectieux bénin du larynx.) Von Dr. J. Garel. (Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 7, 1891.)

Bei zwei 24jährigen jungen Leuten, welche öfter am Larynx litten, entstand acutes Larynxoedem, welches in 4—5 Tagen seinen Höhepunkt erreicht hatte; gänzliche Unmöglichkeit zu schlucken. Urin kein Albumen. Das Laryngoscop giebt ein ganz verschiedenes Bild von dem Larynxoedem, welches zur Eiterung führt: Das Oedem ist weich, zitternd wie Gelée, durchsichtig gelbviolett; das phlegmonöse Oedem ist bekanntlich hart, dunkelroth, undurchsichtig. Prognose immer ernst, wenn man nicht gleich operiren will. Das Bild sieht dem von Massei als primäres Larynxerysipel beschriebenen ganz ähnlich und kann man beide Namen unter dieselbe Rubrik bringen. Am besten thun Bepinselungen mit reiner Jodtinctur; vorher muss man mittelst Cocain die Schleimhaut unempfindlich machen. Dr. P. K.

Ueber die diffuse fibrinöse Hypertrophie der Larynxmucosa. Ueber die Natur der bei den Phthisikern beobachteten praearytenoidalen Wucherungen. (De l'hypertrophie fibrineuse diffuse de la muqueuse laryngée. De la nature des végétations préaryténoidiennes observées chez les phtisiques.) Von Dr. Luc. (Archives de laryngol., Februar 1889 und Revue mensuelle de laryngol. et d'otologie No. 12, 1889.)

Sich auf zwei Beobachtungen stützend, kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: 1) das interaryten. Pflasterepithel kann durch fibrinöse Hypertrophie tuberculöse Infiltration vorspiegeln; 2) diese fibr. Hypertrophie kann sogar Vegetationen ähneln; deshalb genügt ihr Vorhandensein nicht zur Diagnose der Phthisis laryngea. Dr. P. K.

Digitized by Google

Zwei Fälle von idiopathischen endolaryngealen Abscessen. (Deux cas d'abcès intralaryngés idiopathiques.) Von Dr. Macdonald. (Lancet, 14. September und Annales des maladies du larynx No. 11, 1888.)

Eine 40jähr. Frau, wahrscheinlich syphilitisch, zeigt starke Schwellung am linken falschen Stimmbande. Durch Eröffnen treten Eiter und Heilung ein.

Ein 38jährige Frau zeigte einen vom rechten Ventrikel ausgehenden, dunkelroth gefärbten Tumor. Durch Einschneiden entleerte sich Eiter. Heilung.

Dr. P. K

Hereditäre Syphilis des Larynx. (Inherited Syphilis of the Larynx.) Von S. G. Dabney, Louisville, Ky. (Medical News, 10. October 1891.)

Der erste Fall betraf ein 16jähriges Mädchen, bei dem der grösste Theil der Epiglottis weggefressen war. Die ary-epiglottischen Falten waren verdickt und auf den Taschenbändern tiefe Ulcerationen. Phthisis war auszuschliessen, ebenso jede Autoinfection. Die Ulcera heilten bald nach einer täglichen Dose von Kal. jod. 4,0 + Hydrarg. bichlor. corrosiv. 0,01.

Der zweite Fall war ähnlich, nur dass auch noch im Pharynx deutlische luetische Verletzungen waren.

W. Freudenthal (N.-Y.).

Beitrag zum Studium combinirter syphilitischer und tuberculöser Geschwüre im Kehlkopfe. (Contribution a l'étude des lésions combinées de la Syphilis et de la Tuberculose dans le larynx.) Von Luc. Paris 1890.

L. kommt auf Grund sorgfältiger Beobachtungen zu der Ansicht, dass man bei Kranken mit langsam sich entwickelnden, geringe Tendenz zur Vernarbung zeigenden geschwürigen Prozessen im Kehlkopfe, immer an die Möglichkeit denken muss, dass diese Läsionen tuberculöser Natur sein oder sich zu tuberculösen Geschwüren entwickeln können. Man muss daher um jeden Preis und mit allen erdenklichen Hilfsmitteln bestrebt sein, sich Klarheit über ihre Natur zu verschaffen. Im Falle einer Bestätigung des Verdachts aber soll man ohne zu zögern ein energisches locales Verfahren einleiten, welches um so mehr Aussicht auf Erfolg bieten wird, je frühzeitiger die Diagnose gestellt wurde, je weniger tief die tuberculösen Elemente in die Gewebe eingedrungen sind.

Beschorner.

Retrolaryngealer Abscess mit Pneumococcen und folgender Pneumonie. (Abcès rétrolaryngien aigu à pneumocoques, compliqué de pneumonie.) Von Dr. Josserand. (Province médicale und Revue de laryngologie No. 6, 1891.)

Zwischen dem ziemlich laxen Bindegewebe hinter dem Larynx können sich acute Abscesse bilden, ähnlich wie in dem die Rachenmandeln umgebenden Bindegewebe. Es sind also retrolaryngeale Abscesse. Fieber, Schmerz, Heiserkeit resp. Aphonie, Schlingbeschwerden und Dyspnoe sind die acuten Symptome. Der Abscess öffnet sich in den Larynx oder direct nach aussen. In ersterem Falle kommt regelmässig eine Pneumonie hinzu.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Ein Spiel-Ballon in der Trachea. (A Toy Balloon in the Trachea.) Von W. C. Glasgow, St. Louis. (N.-Y. Med. Journal, 24. October 1891.)

8jähriges Kind wird zum Verf. gebracht mit dem Bemerken, einen kleinen Ballon verschluckt zu haben. Die Athmung war vollständig ruhig (über dem linken Bronchus Rasselgeräusche und abgeschwächtes Athmen). Bald darauf Erstickungsanfälle — Tracheotomie. Am 5. Tage darauf sah man während eines starken Hustenanfalles eine rothe Masse in der Trachealwunde erscheinen. Trotz sehr vorsichtigen Ziehens riss der rothe Gummi doch ab und der Holzstiel blieb zurück. Da derselbe durch die offene Wunde nicht entfernt werden konnte, so wurde er durch die Glottis gepresst und dann per os entfernt. Heilung.

W. Freudenthal (N.-Y.)

Primäre Chorea laryngis corticalen Ursprungs. (Sur la chorée primitive vocale d'origine corticale.) Von Dr. Abate. (Tip. Pastori e Catarre und Revue de laryngologie No. 1, 1891.)

Sie rührt von einer Reizung der motorischen Corticalcentren des Larynx her, im Gegensatz zu der Meinung anderer Autoren. Die Beispiele aber, welche der Verf. anführt, scheinen keine reinen Choreafälle, sondern verschiedene nervöse Halsleiden zu sein, deren Beschreibung wenig zur Erklärung der Frage beiträgt. Dr. P. K.

Laryngotyphus. Von Dr. Sonques. (Le Bulletin médical 1889 und Revue mensuelle de laryngol. et d'otol. No. 12, 1889.)

Während des Verlaufes eines Typhus bekam ein 18jähriger junger Mann Larynxsymptome, welche sich nur auf die Stimme bezogen. Patient starb, ohne dass Indication zur Tracheotomie eingetreten war. Die Section ergab totale Necrose der beiden Aryknorpel, ohne dass die Glottis vocalis angegriffen worden wäre. Dr. P. K.

Lupus der oberen Luftwege bei intacter Haut. (Lupus des voies respiratoires supérieures avec intégrité de la peau.) Von Dr. Luc. (Archives de laryngol., de rhinol. und Revue mensuelle de laryngol. et d'otol. No. 11, 1889.)

Ein 20jähriger Patient hat seit 6 Jahren Beschwerden beim Athmen durch Nase und durch Mund; diese Beschwerden nahmen immer zu. Die Nase ist mit unregelmässigen, kaum blutenden Wucherungen ausgefüllt; Pharynx enthält graue, schmutzige Erhabenheiten. Stimmbänder sind roth und granulirt; hintere Wand der Trachea ebenfalls; kein Schmerz und kein Husten. Lungen gesund. Jod, Jodkalium, Leberthran brachten Besserung. Dr. P. K.

Fremdkörper in den Luftwegen. (Corps étrangers dans les voies aériennes.) Von Dr. F. Massei. (Archivi ital. di laringologia und Ann. des maladies de l'oreille et du larynx No. 1, 1891.)

Verf. erzählt 11 Fälle und kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Fremdkörper können selbst bei vernünftigen Erwachsenen ohne ihr Wissen in die Trachea gelangen; 2) bewegliche Fremdkörper können gefährliche Anfälle hervorrufen; man soll also operiren, auch wenn gar keine Dyspnoe momentan besteht. Dr. P. K.

Digitized by Google

Fremdkörper in den Bronchien. (Foreign Bodies in the Bronchi.) Von J. D. Rushmore, Brooklyn, New-York. (The New-York Med. Journal, 25. Juli 1891.)

Verf. berichtet über einen durch die Tagespresse sehr bekannt gewordenen Fall. Derselbe betraf einen überaus kräftig gebauten, grossgewachsenen Geistlichen aus Brooklyn, welcher einen 1/2" dicken und 7/8" langen Pfropfen im Munde hielt. Durch einen Zufall veranlasst, musste er plötzlich lachen, wobei er seinen Kopf nach hinten warf. In demselben Momente fiel ihm auch der Pfropfen in die Kehle, und nur durch starkes Husten und Manipuliren mit dem Finger rettete er sich vor dem augenblicklichen Tode, ohne jedoch den Pfropfen entfernen zu können. Ja, am nächsten Tage predigte er noch in seiner Kirche, allerdings nur mit der grössten Anstrengung. Gegen Abend fing Pat. an schwächer zu werden und erst am darauffolgenden Tage sah ihn R. und stellte fest, dass der Fremdkörper bereits den linken Hauptbronchus passirt hätte und sich voraussichtlich in dem nächstgrössten Zweige desselben befände (über den ganzen linken unteren Lungenlappen hörte man gar kein Athmen. Keine Dämpfung auf dem oberen Lappen).

Es wurde nun alles Mögliche versucht: Inversion des Patienten, Schütteln, Klopfen des Rückens etc., aber ohne Erfolg, so dass man schliesslich zur Tracheotomie schreiten musste, doch hier zeigten sich nur noch grössere Schwierigkeiten. Da man es mit einem glatten Körper zu thun hatte, der vollständig fest in der geschwollenen Schleimhaut eingekeilt war, so versagten alle Schlingen und Zangen. Die Luftpumpe wagte R. nicht anzuwenden, da die Gefahr nahe war, dass der Pfropfen event. leicht in den rechten Bronchus fallen könnte. So musste man denn schliesslich diese Versuche einstellen. Inzwischen hatte R. ein Instrument construiren lassen, welches etwa einem geschützten Pfropfenzieher ähnlich sah und man machte sich an einen zweiten Versuch in der Narcose. Doch auch diese vorzügliche Idee misslang leider und man musste nicht nur von dieser Methode, sondern auch von der bald danach begonnenen Eröffnung des Thorax von vorn abstehen, da die Kräfte des Patienten schwanden. Der Exitus letalis erfolgte nach einigen Tagen. Bei der Autopsie fand man den Pfropfen an der genannten Stelle vor und es war deutlich zu sehen, dass ein Stück desselben mit dem Pfropfenzieher entfernt war. Wegen der schrägen Lage war jedoch die Schraube nicht in die Mitte des Pfropfens gedrungen, sondern in den Rand, und so war eine Extraction unmöglich gewesen.

W. Freudenthal (N.-Y.).

Nicht erkannte, während 22 Monaten im Larynx eingekeilte falsche Zähne. (Un cas méconnu d'invagination de dents artificielles dans le larynx pendant 22 mois, enlevées avec succès.) Von Dr. Lennox Brown. (Société anglaise de laryngologie et de rhinologie und Revue de laryngologie No. 13, 1891.)

Eine 35jährige Frau sah cachectisch aus. Zwei behandelnde Aerzte stritten sich, ob es sich um Larynxcarcinom oder Larynxphthise handele! Beim Laryngoscopiren erkannte Verf. auf den ersten Anblick ein falsches, quer über den Larynx gelegenes und beide Fossae pyriformes erreichendes Gebiss. Während der Chloroformnarcose wurde mittelst Laryngotomie

Digitized by Google

mit einiger Schwierigkeit der Fremdkörper entfernt; ein abgebrochener Zahn wurde ausgehustet. Das Gebiss war während eines epileptischen Anfalles in den Larynx gerathen; Patientin glaubte es ausgebrochen zu haben. Heilung. Dr. P. K.

Einspritzen von Hundeblut in die Trachea. (Injections de sang de chien dans la trachée.) Von Dr. Saint-Hilaire und Dr. Coupard. (Bulletin médical und Revue de laryngologie No. 13, 1891.)

Verf. rathen das Verfahren bei Phthisis an. Bei Kaninchen konnten sie 4 Cubikctm. in 2 Minuten Zeit unbehindert in die Trachea einspritzen; sie führten dann dieselbe Operation ungestraft bei einem 22jährigen Phthisiker aus. Dr. P. K.

Fortschreitende Unbeweglichkeit eines Stimmbandes, ihre Bedeutung für die Diagnose. (Immobilité progressive d'une corde vocale et sa valeur diagnostique.) Von Dr. Hunter Makenzie. (Société anglaise de laryngologie et de rhinol. und Revue de laryngol. No. 13, 1891.)

Bei langsam entstehender, aber constant fortschreitender Unbeweglichkeit eines Stimmbandes muss man immer an Tuberculose oder an Krebs denken. Verf. giebt zwei Beispiele als Beleg. Immer sind die respiratorischen Functionen des Stimmbandes vor den phonischen beeinträchtigt.

(Verf. hat dabei nicht an die Druckerscheinungen extra- und intrathoracischer Tumoren gedacht, so dass seine Behauptung nicht absolut unfehlbar ist. Ref.) Dr. P. K.

Bleibende Unbeweglichkeit des rechten Stimmbandes nach vollständiger Heilung der halbseitigen Lähmung. (Un cas d'immobilité persistante de la corde vocale droite après la guérison complète d'une hémiplégie.) Von Dr. Lennox Brown. (Société anglaise de laryngologie et de rhinologie und Revue de laryngologie No. 13, 1891.)

Ein 42jähriger Kranker behielt nach geheilter Hemiplegie Medianstellung mit Erschlaffung des rechten Stimmbandes; Stimmstörungen nicht bedeutend. Verf. nimmt an, dass bei halbseitigen Lähmungen, namentlich rechterseits, die Stimm- und Sprachstörungen viel häufiger sind, als allgemein angenommen wird und dass sie die Lähmungen der Extremitäten überdauern. Dr. P. K.

Darlegung der localen anästhetischen Eigenschaften des Antipyrin. Ueber die Anwendung desselben bei gewissen Affectionen des Rachens und Kehlkopfs. (Démonstration des propriétés anesthésiques locales de l'antipyrine. De son emploi dans certaines affections de la gorge et du larynx.) Von Dr. Saint-Hilaire. (Arch. internat. de Laryng. etc. IV, No. 5, 1891, Sept.-Octbr.)

Pinselungen der Schleimhaut mit 40proctgr. wässriger Antipyrin-Lösung bringen nach St. H. intensive locale Anästhesie hervor, welche oft 1—2 Stunden anhält. Sie wird daher vom Autor namentlich bei gesteigerter Empfindlichkeit der Pharynx- und Larynxschleimhaut, bei Husten, schmerzhaften Empfindungen aller Art, Schlingbeschwerden in

Digitized by Google

Folge von tuberculösen Ulcerationen im Kehlkopfe etc. empfohlen. Um das, unmittelbar nach der Application auftretende Brennen zu lindern, setzt er der Lösung 0,15 bis 0,25 pCt. Cocain. muriat. zu.

Beschorner.

Erythema eczematosum in Folge der Verwendung von Salol zu Verbänden. (Erythème eczémateux à la suite des pansements au Salol.) Von Dr. A. Cartaz. (Arch. internat. de Laryngol. etc. IV, No. 5, Sept.-Octbr. 1891.)

Mittheilung von 3 Fällen, in denen Kranke nach Nasenoperationen mit Einstäubungen von Salol behandelt wurden und zweifellos in Folge derselben Erythem. eczematos. an der Nase und im Gesichte acquirirten. C. macht hierfür das Secret der Talgdrüsen verantwortlich, welches das Salol in Phenol- und Salicylsäure spaltet und warnt vor Anwendung des Mittels bei Personen, welche an Disposition zu Dermatosen leiden.

Myxoedem mit Erfolg behandelt durch hypodermatische Inoculation einer Schafsthyroidea. (Myxoedème traité avec succès par la greffe hypodermique d'un corps thyroide de mouton.) Von Dr. Bettencourt und Dr. Serrona. (Gazette des hôpitaux und Revue de laryngologie No. 5, 1891.)

Eine Patientin litt an Myxoedem und schien keine Glandula thyroidea zu besitzen. Die Autoren exstirpirten die Glandula thyroidea eines Schafes, legten selbe unter die Haut der Pat. zwischen beide Mammae und schnitten selbe subcutan in zwei Theile. Rasche Besserung. Verff. glauben nicht, dass die Transplantation an sich von grossem Nutzen war, sondern sind der Ansicht, dass die einfache Resorption des Saftes der Glandula thyroidea des Schafes die Besserung bewirkte.

Dr. P. K.

Ueber Benzoyl-Guayacol als Ersatzmittel des Creosots. Von Dr. Walzer, Aachen (Mariahilf-Hospital). (Deutsche medicin. Wochenschrift No. 45, 1891.)

Die durch ihren Gehalt an Kresolen auf die Dauer mehr oder weniger schlecht zu nehmenden Creosotpräparate liessen schon längst den Wunsch nach der Darstellung eines kresolfreien, möglichst geruch- und geschmacklosen Präparates wach werden, da auch die Darreichung in Pillen, welche an sich noch am besten den Geschmack zu verdecken vermögen, auf die Dauer Vielen, der grossen täglich zu nehmenden Pillenzahl wegen, äusserst beschwerlich fällt. Durch den Apotheker Dr. Bongartz ist nun in dem Benzoyl-Guayacol, auch Benzosol genannt, eine Verbindung der Benzoësäure mit reinem Guayacol (das zu 60 pCt. im Creosot enthaltene, aber auch noch zu 10 pCt. durch Kresole verunreinigte Guayacol bildet bekanntlich den wirksamen Bestandtheil des Creosots) hergestellt worden, welche obigen Forderungen entspricht; dasselbe stellt ein farbloses Pulver dar, in Wasser unlöslich, leicht löslich in Aether und heissem Alcohol. 0,9 Gr. Benzosol entspricht 1,0 Gr. Creosot und wird zu 0,25 pro dosi in Pulver mit Elaeos. Menthae oder besser noch in Pastillen aus Cacao und Zucker 3 Mal täglich nach dem Essen gegeben; nach je 5 Tagen steigt man um je 0,1 Benzosol. Mehrere Pa-

Digitized by Google

tienten erhielten auf diese Weise allmählig 3 Gr. Benzosol pro die, eine Dosis, die etwa 3,2 Gr. Creosot oder 1,6 Gr. Guayacol entspricht, und bisher im Creosot wie im Guayacol allein nicht gegeben werden konnte. Unangenehme Erscheinungen wurden weder bei Erwachsenen noch Kindern beobachtet. Der Preis ist zur Zeit noch ziemlich hoch.

Keller.

Eine Epidemie von Selbstmord durch Erhängen. (Une épidémie de suicide par pendaison.) Von Dr. Liegey. (Société de médecine légale, Juni 1891 und Semaine médicale No. 30, 1891.)

In dem Dorfe Thiais (Departement der Seine) fand eine Quasi-Epidemie von Selbstmorden durch Erhängen statt. Gestützt auf eine im Jahre 1850 beobachtete Epidemie von Verrücktheit, welche Verf. in den Zusammenhang mit dem Impaludismus brachte, ist derselbe auch in diesem Falle geneigt, diese Epidemie in Zusammenhang mit der herrschenden medicinischen Constitution zu bringen. Motet behauptet, es handle sich um eine Art Selbstmord durch Nachahmung; jedenfalls sei es interessant, den Geisteszustand der Selbstmörder vor dem Tode zu kennen, was ja wichtig für die Lebensversicherungs-Gesellschaften sei. Dr. P. K.

Borsäure gegen grüne Sputa. (De l'acide borique contre le crachat vert.) Von Dr. Combemale und Dr. Ladrière. (Bulletin médical du Nord No. 14, 1891.)

Auf physiologische und klinische Beobachtungen gestützt, kommen Verff. zu folgenden Endschlüssen: Die grüne Farbe des Auswurfs rührt oft von Microben her; klinisch unterscheidet man die parasitäre Natur dieser grünen Sputa dadurch, dass kein Icterus zugleich besteht und dass Parasiten nie bei acuten Krankheiten und nie bei Lungenneoplasmen vorkommen. Diese grüne Farbe ist das Resultat der Secretion eines Microorganismus, den Frick Bacillus virescens genannt hat; sie ist immer secundärer, infectiöser Natur, welche sich zu dem primären Leiden hinzugesellt. Auch kann die Diagnose eines Lungenleidens nie sich auf die grünen Sputa stützen; auch hat die grüne Farbe kein Gewicht für die Prognose. Um die grüne Farbe zum Verschwinden zu bringen, wenn sie den Kranken erschrickt, für den Arzt aber ohne Bedeutung ist, muss man antiseptische Medicamente gebrauchen: Werden die Sputa grün im Spucknapf, so genügt heisses Wasser mit etwas Kalilauge; werden sie grün ausgehustet, so genügt eine Mixtur von 1 Gramm Borsäure. In einigen Spitälern hat man beobachtet, dass diese Mixtur, einmal eingenommen, bei lange dort bleibenden Phthisikern die grüne Farbe der Sputa für immer fern hält. Dr. P. K.

Aneurysma arterio-venosum der Carotis im Sinus cavernosus traumatischen Ursprunges; Ligatur der Carotis communis. Von Dr. Kalt. (Semaine médicale No. 29, 1891.)

Ein 35jähriger Mann fiel auf's Hinterhaupt und bekam im Verlauf eines Monats die klinisch sehr interessanten subjectiven und objectiven Symptome eines Aneurysma der Schädelhöhle. Unterbindung der Carotis communis; Besserung, vollständige Heilung ist zu erwarten.

Dr. P. K.

Digitized by Google

III. Inserate.

Eine Sammlung von **80 Schriften über Ohrenheilkunde,** meist kleineren Umfangs, ist für **30 Mark** zu verkaufen. Offerten befördert die Annoncenexpedition von **Rudolf Mosse** in **Leipzig** unter Chiffre **F. L.**
(La. 5123.)

INHALT.

Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel †. — I. Originalien: Lichtenberg: Ueber Gehörsstörungen des Betriebspersonals der Eisenbahnen, mit Bezug auf die Sicherheit des reisenden Publikums (Schluss). — Szenes: Bericht über die Verhandlungen der Abtheilung für Ohrenheilkunde der 64. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte in Halle a. S. 1891 (Fortsetzung). — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Jansen: Ueber otitische Hirnabscesse. — Baginsky und Gluck: Ein Fall von geheiltem Schläfenlappenabscess. — Ludewig: Casuistische Mittheilungen. — Bericht über die Thätigkeit der Kgl. Universitäts-Ohrenklinik zu Halle a. S. vom 1. April 1888 bis 31. März 1889. — Jaenicke: Ueber die therapeutische Verwerthung der Borsäure nebst Mittheilungen über ein neues Borpräparat. — b) Rhinologische: Luc: Clinische Erfahrungen auf dem Gebiete der Rhinologie und Laryngologie. — Löri: Beiträge zur Therapie der Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten. — Roe: Ausgleichung eckiger Deformitäten der Nase durch ein subcutanes Operations-Verfahren. — Durante: Epithelialsarcom der Nasenhöhlen. Uebergreifen auf die Stirnbeinhöhlen, latenter Abscess des Gehirnes, plötzlicher Tod, Section. — Richardson: Cysten der Nase. — Noquet: Grosser papillärer Tumor am hinteren Ende der linken unteren Nasenmuschel. — Blitz: Augenleiden in Folge von chronischer Rhinitis. — Luc: Ein Fall von Empyem der Highmorshöhle, bedingt durch Erysipel-Streptococcen. — c) Pharyngo-laryngologische: Urticaria des Schlundes. — Polet: Lipoma sublinguale. — Maglioni: Zungenangiom. Exstirpation. Heilung. — Personati: Ein Fall von idiopathischem Zungenkrampf. — Monod: Diagnose und Behandlung der Dermoidcysten des Bodens der Mundhöhle (laterale Cysten). — Moure und Raulin: Beitrag zur Lehre der Syphilis der Tonsilla pharyngea und praepiglottica. — Poncet: Intralinguales Tuberculom. — Dubar: Myxosarcom der Parotis mit pharyngealom Auswuchs. — Péan: Bemerkungen über die Exstirpation von Zungentumoren. — Trumbull: Phlebitis nach Amygdalitis follicularis. — Claiborn: Oeffnung am rechten vorderen Gaumenbogen mit linksseitiger überzähliger Mandel. — Poaillon: Vorzüge der Operation der Uranoplastie in zwei Sitzungen. — Onodi: Fall von zweijährigem Bestehen einer Pharyngitis fibrinosa. — Moussans: Primärer Lupus im Pharynx. — Vaton: Halsgicht. — Kone: Acute Laryngitis nach Verschlucken heisser Torte. Intubation. Heilung. — Ruault: Ueber das operative Vorgehen bei Beseitigung adenoider Vegetationen im Rachen. — Chiari: Ueber Pachydermia laryngis und namentlich des aryepiglottischen Raumes. — Brébion: Ueber Pachydermia laryngis. — Tissier: Studie über die Laryngitis chronica. Laryngitis pachydermia; chirurgische und medicamentöse Behandlung. — Garel: Acutes, gutartiges, infectiöses Laryxödem. — Luc: Ueber die diffuse fibrinöse Hypertrophie der Larynxmucosa. Ueber die Natur der bei den Phthisikern beobachteten praearytenoidalen Wucherungen. — Macdonald: Zwei Fälle von idiopathischen endolaryngealen Abscessen. — Dabney: Hereditäre Syphilis des Larynx. — Luc: Beitrag zum Studium combinirter syphilitischer und tuberculöser Geschwüre im Kehlkopfe. — Josserand: Retrolaryngealer Abscess mit Pneumococcen und folgender Pneumonie. — Glasgow: Ein Spiel-Ballon in der Trachea. — Abate: Primäre Chorea laryngis corticalen Ursprungs. — Sonques: Laryngotyphus. — Luc: Lupus der oberen Luftwege bei intacter Haut. — Massei: Fremdkörper in den Luftwegen. — Rushmore: Fremdkörper in den Bronchien. — Brown: Nicht erkannte, während 22 Mon. im Larynx eingekeilte falsche Zähne. — Saint-Hilaire und Coupard: Einspritzen von Hundeblut in die Trachea. — Makenzie: Fortschreitende Unbeweglichkeit eines Stimmbandes. — Brown: Bleibende Unbeweglichkeit des rechten Stimmbandes nach vollständiger Heilung der halbseitigen Lähmung. — Saint-Hilaire: Darlegung der localen anästhetischen Eigenschaften des Antipyrin. — Cartaz: Erythema eczematosum in Folge der Verwendung von Salol zu Verbänden. — Serrona: Myxoedem mit Erfolg behandelt durch hypodermat. Inoculation einer Schafsthyroidea. — Walzer: Benzoyl-Guayacol als Ersatzmittel des Creosots. — Liegey: Eine Epidemie von Selbstmord durch Erhängen. — Combemale und Ladrière: Borsäure gegen grüne Sputa. — Kalt: Aneurysma arterio-venosum der Carotis im Sinus cavernosus traumatischen Ursprungs; Ligatur der Carotis communis. — III. Inserate.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I. Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Das Titelblatt und Register des Jahrgangs 1891 liegen bei.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. **Prof. Dr. R. Voltolini** und
weil. **Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel**

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Univers.
Wien

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie a. d. Universität
München

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität **Wien**

Sechsundzwanzigster Jahrgang.

BERLIN 1892.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Cobentz) in Berlin W.

Expeditionsbureau: Genthinerstrasse 32.

Digitized by Google

Digitized by Google

I. Sach-Register.

Abscess, ein Fall von bronchiectatischen, veranlasst durch die Einkeilung einer O'Dwyer'schen Röhre 176.
—, chronischer der rechten Mandel, ein Fibrom simulirend 84.
—, der hinteren Trachealwand. Tracheotomie. Tod. Section. 259.
—, doppelter submucöser der Nasenscheidewand traumatischen Ursprungs 258.
—, infectiöser peripharyngealer 18.
— paraauricularе, zur Behandlung der — und der acuten Mittelohreiterung 278.
—, retropharyngealer bei einem Kinde 271.
Abtasten über das des Nasenrachenraumes 46.
Aetherisation bei Croup 116.
Affectionen des Ohres nach einfachen Operationen in der Nase 209.
Amygdalitis, langdauernde, subacute infectiöse 17.
Amygdalotom, neues 17.
Anästhaesie, die allgemeine, vermittelst Bromäthyl und die Art ihrer Anwendung 46.
Aneurysma, der Alveolarseite des harten Gaumens mittelst Injectionen behandelt 47.
—, des truncus brachio cephalicus der carotis communis etc. 262.
Aneurysma, spontanes, des truncus brachiocephalicus ets. 262.
Angina, Fall von infectiöser —. 363.
Angina, infectiöse, zur Lähmung des Nervus phrenicus und vagus führend 16.
—, Ludwig'sche, ein Fall von 115.
—, oedematöse, acut entstanden nach innerer Anwendungs des Salols mit Exanthem 40.
—, phlegmonosa, über eine wenig gekannte Form der 116.
—, primäre erysipelatöse durch Streptococcus 49.
—, ulcerosa benigna, ein Fall der sogenannten 199.
Angiom des Larynxs mit Trauma 50.
Ansaugen, über das, der Nasenflügel 44.
Antipyrin, value of etc. 50.
Aphasie und Polyurie 329.
—, subcorticale motorische, Beitrag zur Lehre von der — und der cerebralen Localisation der Larynxcentren 18.
Aphonie, hysterische, ein Fall von. 50.
Aphrosonie. 360.
Aprittyria mit agraphie. 269.
Arteria vertebralis eine, im Pharynx sichtbar. 17.
Arthritis cricoarytenoidea dextra von tertiärer Syphilis einer 60jährigen Frau herrührend etc. 334.
Aspergillus mycöse der Kieferhöhle. 79.
Asthma nasales, mit circumscripten Haut-Oedem wechselnd. 169.
Athemmechanismus bei den Sängern. 302.

Digitized by Google

Athmungsmodus während des Turnen's. 212.
Atlas micrographischer, der normalen und pathologischen Anatomie des Ohres. 164.
— der Kehlkopfkrankheiten. 334.
Augenaffectionen intraoculäre im Gefolge von Nasenkrankheiten. 322.
Auscultationsschlauchhalter. 76.

Bacterien die, der Nasenhöhlen im physiologischen Zustande. 210.
Bacteriologie, Beitrag zur — der Diphteritis. 213.
Bacteriologische Studien über Rhinosclerom. 43.
Baginsky'sche Poliklinik aus der — für Ohren-, Hals- und Nasenkrankheiten. 254.
Beitrag zur Aetiologie u. Therapie des Empyema Antri Highmori. 57. 93. 123.
— zur Lehre der Aortenerkrankungen durch die retrosternale Auscultation. 81.
— zur Wirkung der cantharidinsauren Salze. 85.
— zur functionellen Prüfung des normalen Ohres. 107.
— zur operativen Behandlung der Schwerhörigkeit in Folge von Schallleitungshindernissen. 217.
— zur Lehre von den Erkrankungen der Highmorshöhle. 246. 281.
— zur Lehre von der Combination der Syphilis uud der Larynxtuberculose. 178.
Bemerkungen zur Frage der Contractur der musc. ary-arytaenoideus. 301.
Bemerkungen zu dem Artikel des Herrn Gleitsmann. 357.
Berger's Darstellung der Beziehungen zwischen Augen- und Nasenkrankheiten. 138.
Bericht über die Verhandlungen der Abtheilung für Ohrenheilkunde der 64. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte in Halle a. S. 1891. 6.
— über das zweite ohrenärztliche Lustrum. 42.
— über die in meiner Poliklinik und Klinik für Ohrenkrankheiten zu Breslau im Jahre 1888 beobachteten Krankheitsfälle u. ausgeführten Operationen. 48.
Bericht über die an der Klinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Jos. Gruber im Jahre 1891 ambulatorisch behandelten Kranken. 351.
— über die an der k. k. Wiener Universitäts-Klinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Josef Gruber im Jahre 1890 ambulatorisch behandelten Kranken. 139, 164, 204, 296, 310.
— über die Verhandlungen der ersten Versammlung der deutschen otologischen Gesellschaft zu Frankfurt a. M. 1892. 187, 225.
Bewegungen die, der Stimmbänder bei der Durchschneidung der Vagusnerven. 288.
Beziehungen über die zwischen Pachydermie laryngis und Tuberculose. 236.
Blutcyste im Kehlkopf. 172.
Blutegel im Larynx. 178, 266.
Blutungen bei Amygdalectomie und Zahnextractionen durch Anwendung des Cocains. 265.
Borsäuretherapie über die — der chronischen Ohreiterungen nebst Mittheilungen über ein neues Borpräparat. 111.
Bruch der Nasenscheidewand. 43.
Bulbärkrisen diphtheritischer Lähmung bei Kindern. 116.

Canthariden über, äussere Anwendung von — bei Nasen- und Halskrankheiten. 160.
Catarrh acuter des Kehlkopfs. 173.
Catheterisiren das, der Tuba Eustachii nach einer neuen Methode. 76.
Catheter ein neuer für die Tuba Eustachii. 168.
Centralapparat über den — des Geruchssinnes. 80.
Charcot-Leyden'schen Crystalle über das Vorkommen der — in Nasentumoren. 80.
Chloroform bei Tracheotomie. 268.
Choanen, Verschluss der. 44.
Chorea laryngis ein Fall von geheilter 132.
Chromsäure über die locale Anwendung der — in der Behandlung der syphilitischen Affectionen der Mundhöhle. 46.
Cocain, das, bei Behandlung der acuten Ohrenentzündungen. 357.
Contribution à l'étude des Otomycoses. 298.

Digitized by Google

Convulsionen nach Thyroidectomie. 264.
Creosotwein mit Chloroform. 214.
Cylinder medicinische für die Nase bei der Behandlung des Heufieber etc. 258.
Cysten über die des obern Nasenrachenraumes. 15.
— und Adenomen 8 Fälle von — des Corpus thyroideum durch Exstirpation behandelt. 50.
Cystenbildung über, in Stimmbandpolypen. 171.
Cystenfibrom grosses des Larynx. Endolaryngeale Exstirpation ohne vorherige Tracheotomie. 176.
Cystenkropf, Thyroidectomie, Heilung. 175.
—, ungeheurer mit schneller Entwicklung. Thyroidectomie; Heilung. 175.

Dermatol zur Nachbehandlung nach galvanocaustischen Operationen in der Nase. 256.
Deviation der Nasenscheidewand. 258.
Dilatatorium permanentes doppelklappiges für die Trachea, die gewöhnliche Trachealcanüle ersetzend. 181.
Dilatationsspeculum für die Stimmbänder. 366.
Diphtherie, verursacht durch eine fehlerhafte Drainage 148.
—, zur Therapie der —. 327.
Diphtherie und Creosot. 361.
Diphtheritis über. 148.
—, Uebertragen der — von der Taube auf den Mann und von diesem auf das Kind. 148.
—, ähnliche angine bei secundärer Syphilis nebst Beschreibung dreier Fälle. 304.
Druck atmosphärischer Wirkung des — auf die Trachea nach ausgeführter Tracheotomie. 21, 53.
Drüsen-Retentionscysten, zwei Beobachtungen über — der vordern Nasengänge. 112.
Dysphagie über einen Fall von — wahrscheinlich corticalen Ursprungs. 210, 267.
Dyspnoe über — bei Morbus Brightii. 82.

Einschliessung vollständige des Zäpfchen's ein Fall von —. 47.
Eiterung doppelseitige der Submaxillardrüsen. 170.
Electrolyse der Nasenscheidewand. 14.
Empyem ein Fall von — der Highmorhöhle durch Erysipel streptococcus verursacht. 236.
Empyem über die Häufigkeit des doppelseitigen latenten — der Highmorshöhle etc. 235.
Emphysem allgemeines, ein Fall von — durch Catheterismus der Tuba Eustachii hervorgebracht. 81.
Epiglottisformen verschiedene im Laryngoscop gesehene. 179.
Epithelial-Geschwülste die malignen — der Nasenhöhle. 111.
Epithelioma des falschen Stimmbandes etc. 49.
Epithelioma primäres einer Mandel. 115.
Epithelioma der Schilddrüse mit pa logisch anatom. Befunde. 359.
—, cystisches, der Schilddrüse. 359.
Erweiterung der Wangen bei Glasarbeitern. 242.
Erysipel des Kehlkopfes betreffend, einige Beobachtungen —. 326.
Exalgin im Spital Lariboisière. 213.
Excision, über die Entwickelung und den gegenwärtigen Stand der Frage von der — des Trommelfells etc. 337.
Exstirpation ein durch halbseitige — bislang geheilter Fall von Carcinoma laryngis. 325.

Fehler ein möglicher beim Valsalvaschen Versuch. 321.
Fibro-adenom der Pharynx- u. Larynxschleimhaut. 260.
Fibro-Myxoma of the nasopharynx. 80.
Folgen entfernte des Croup in der Tracheotomie. 304.
Fractur der Cartilago thyroidea und cricoidea nebst trachea. Tod. Section. 268.
Fremdkörper im Larynx mittelst Laryngofissur entfernt. 20.
— Fremdkörper über — im Larynx. 21.
— des Larynx und der Trachea beim Kinde. 21.
— während 38 Jahren im Larynx. 22.
— seit mehreren Jahren an der Zungenbasis gelagert. 47.
— im rechten Bronchus. 49.

Digitized by Google

Fremdkörper, ein sehr unregelmässig gestalteter — im Verdauungstractus. 358.
— in den Luftwegen verloren, nebst Beispielen. 49.
— Verhalten bei Vorhandensein eines — in den oberen Luftwegen. 52.
— in der Trachea eines 1jährigen Kindes. Tracheotomie. Schwierigkeiten beim Entfernen der Canüle. 52.
— im Oesophagus bei Kindern. 55.
— des Gaumensegels. 113.
— eingebildete im Halse. 146.
— in der Trachea; Laryngstracheotomie 179.
— im Oesophagus, Oesophagotomie, Heilung. 182.
— in der Speiseröhre. 183.
— im Oesophagus. Peroforation der Carotis. 212.
— zur operativen Behandlung der — in der Paukenhöhle. 233.
— der Speiseröre. 265.
— im Larynx. 266.
— der Trachea durch Tracheotomie entfernt. 266.
— in den Luftwegen. 266.
— in der Trachea. 329.
— im Larynx. 331.
— im rechten Bronchus. 331.
Furunculotom für den äusseren Gehörgang. 69.

Ganglientuberculose, Behandlung der —. 364.
Gähnen als therapeutisches Hilfsmittel. 214.
Gastrotomie wegen Oesophagusverengerung. 181.
— wegen Strictur der Speiseröhre im Alter von 4 Jahren. 271.
Gaumengeschwulst. 365.
Gaumensegel, die Rolle des — während des Athmens. 15.
—, die Rolle des — bei Anstrengungen. 113.
Gehörgangsfurunkel, zur Therapie der —. 254.
Geschmacksempfindung, farbige. 267.
Geschwulste, eine seltene am Halse. 359.
Geschwülste, 2 seltene der Mundhöhle. 252.
—, gutartige der Highmorshöhle. 256.
—, — des Kehlkopfs. 261.
Geschwür, syphilitisches, perforirendes der hintern Nasenwand; Anfressen der Carotis interna, Tod. 146.
Gesichtskrampf, über einen — von der Nase aus geheilten —. 46.
Glottisoedem acutes während des Verlaufs von Mumps. 171.
Giftigkeit, über die — des Urins bei thyreoidectomirten Hunden. 362.
Gummata der Mandeln. 269.

Haematom, traumatisches des Larynx nach einem Schlage auf den Hals. 178.
Halsfistel, totale angeborene, Exstirpation, Heilung. 263
Halsvagus, eine von Reizung des — abhängige Art von Schwindel. 51.
Halsweh in Wellington College. 145.
Halswirbelsäule, ein Fall von Verletzung der — etc. 324.
Herpes of the larynx, case of — 237.
Hirnabscess. operativ geheilter nach Otitis media acuta. 110.
Histologie, Beiträge zur normalen und pathologischen — der Nasenschleimhaut 143.
Hörprüfungsresultate bei reinem Tubencatarrh. 107.
Hörverbesserung, beträchtliche, durch Entfernung des Steigbügels. 319.
Husten, hysterisches. 49.
Hypertrophie des hintern Segments der Mucosa der Nasenscheidewand und Stimmstörungen. 15.
—, über einige, durch — der 4. Tonsille hervorgerufene Symptome. 325.
Hysterie. Spasmus laryngeus mit Asphagie. Tracheotomie. 268.

Ictus laryngeus. 176. 238.
Impfung, tuberculose, beim Hund 213.
Indicationen, betreffend die Excision von Hammer und Ambos. 78.
—, therapeutische, bei krebsigen und narbigen Oesophagusverengerungen. 182.
Influenza, die Symptome und pathologischen Veränderungen in den oberen Luftwegen bei der —. 358.
Influenzabacillen, über die — bei Otitis media. 142.
Innervation des Musculus cricothyroideus. 17.

Digitized by Google

Instrumente zur Application der Trichloressigsäure in Nase und Ohr. 33.
— und chirurgische Technik, welche bei Krankheiten der Sinus frontalis, sphenoidalis etc. angewandt werden. 212.
Intubation des Larynx, bei acuten und chronischen Stenosen. 10, 35, 73, 103, 135.

Jahresbericht aus dem Ambulatorium und der Klinik für Ohren-, Nasen-, Hals- und Rachenkranke. 317.

Kehlkopf. Befund bei einer traumatischen Neurose. 327.
— chorea. 174.
—-Erkrankungen nach Influenza. 174.
—-Exstirpation, totale und Resection des Oesophagus wegen Carcinoma laryngis etc. 149
—-Knorpelfracturen, Beitrag zum Studium der —. 324.
—-Spiegel, concave. 174, 175.
Kehlkopfbewegungen, über die graphische Darstellung der — beim Sprechen und Singen. 357.
Kehlkopfstriktur, über. 358.
Keratose circumscripte im Larynx. 117.
Knochenleitungsprüfung, zur Technik der —. 66.
Krebs der Schilddrüse. 303.
Kropf, Behandlung des — mittelst Jodoformäther. 270.
—, Druck eines, mit Oesophaguscarcinom verbunden. 183.
—-Exstirpation und deren Folgen. 175.
—, Klinische Studie über infectiösen, sporadischen. 175.
—, Verhältniss des einfachen, zur Basedow'schen Krankheit. 360.

Lähmung, doppelseitige, totale, der Larynxabductoren. 18.
— des Musculus cricothyroideus. 85.
Laryngeal chorea. 237.
Laryngealtumoren, Tracheotomie, Thyreotomie u. Exstirpation. Heilung. 119.
Laryngitis, catarrhalische, durch Radfahren hervorgebracht. 264.
— subglottica, schwerer Fall von — acuter. 215.
— —, Pathologie u. Behandlung der chronischen hypertrophischen. 51.
Laryngofissur, doppelte, wegen zwei Larynxtumoren. 20.
Laryngotrachealfractur, Verklebung der Stimmbänder, überzählige Glottis. 85.
Laryngotomia intercrico-thyroidea, drei Beobachtungen über —. 55.
— intercrico-thyroidea. 178.
Laryngoscopia und Tracheoscopia inferior, über. 347.
Larynx-Abscess nach Scharlach. 334.
— adenom, ein Fall von — 264.
—-Blutungen, catameniale. 238.
Larynx-carcinom, mittelst Thyreotomie behandelt. 54.
— —, Beitrag zur Entstehungsgeschichte der —. 55
— catarrh acuter, mit Dyspnoe verbundener, beim Erwachsenen. 85.
— croup, primärer. 331.
—-Erkrankungen, plötzlicher Tod bei schweren —. 86.
—-Entzündungen bei Typhus. 260.
—-Fractur. 20. 152.
—-Geschwür, über Behandlung der — mit Resorcin. 118.
—-Gummi mit Asphyxie, Behandlung mittelst subcutaner Einspritzung von Quecksilberpepton. Heilung. 19.
— hygrom, Exstirpation eines — 23.
—-Lähmung labioglosso, einseitig, in Folge von Trauma. 262.
— —, hystertraumatische. 215.
— —, corticalen Ursprungs, über die Seltenheit der —. 332.
— lupus. 19.
— —. 2 Fälle von — der eine primär, der zweite secundär.
— myxomen, Beitrag zur Lehre von den —. 22.
— oedem, anatomische Untersuchungen über das —. 176.
— papillome bei einem dreijährigen Kinde etc. 19.
— — im Kindesalter. Spontane Heilung nach ausgeführter Tracheotomie. 177.
— — bei einem 3jährigen Kinde. 177.
— Paralysen corticale, die Seltenheiten der — betreffend. 300.
— perichondritis, eitrige, ohne sonstige Erkrankung des Organs. 19.
— Schwindel, ein Fall von —. 331.
— stenose, hervorgebracht durch Medianstellung der Stimmbänder bei

Digitized by Google

einem mit Oesophaguscarcinom behafteten Kranken. 20.
— —, Beobachtungen, geeignet zum Studium der neuropathischen — 51.
— —, syphilitische, durch Auskratzen ohne Tracheotomie geheilt. 51.
— —, acute, syphilitische. Operation durch Auskratzen, ohne Tracheotomie. 260.
— — nervösen Ursprungs. 238.
— symptom im Verlaufe des Morbus Brightii. 20.
—-Syphilis, tertiäre, Syphilis der Bronchien u. der Trachea etc. 177.
— tumor, Fall von Atrophie eines — bei einem Mädchen. 215.
— ganze, gefensterte, sich von vorne nach hinten öffnende. 18.
Larynx, Stecknadel im —. 364.
Larynxlähmungen, ein neues Symptom der —. 363.
Larynxpapillome, Exstirpation auf natürlichem Wege der multiplen. 367.
Larynxtuberkulose, über einen Fall von primärer. 360.
Lustkropf, ein Fall v n —. 267.
Lues-tarda laryngis im Kindesalter. 237.
Lupus der Wange, des Gaumensegels etc. 84.
Lymphadenom der Mandel. 48
—, chirargische Behandlung. 118.

Mandeln, überzählige. 48.
— - Entzündung mit nachfolgender Bronchopneumonie und Pleuritis. Tod. 16.
— —, über — und infectiöse Angina nach Nasenoperationen. 84.
—fieber und Purpura. 330.
—hypertrophie, Behandlung der —. 114.
—schanker, 4 Fälle von —. 16.
— —, 5 Fälle von —. 16.
Mediastinalabscess nach Tracheotomie. 21.
Menthol, weitere Erfahrungen über — bei Otitis externa etc. 70, 100.
— Dämpfe, Einathmungen von — bei Tracheitis. 181.
Messung des Geruchsinnes. 211.
Methode, eine, welche motorische, graphische Bilder bei mit Wortblindheit behafteten Kranken hervorruft. 114.
Mikrophon, lässt sich das — zur Construction eines hörverbessernden Apparates mit Vortheil anwenden. 356.
Miliartuberkulose. Bemerkungen über acute — des Pharynx. 169.
Missbildung, angeborene, des Kehlkopfs und der Luftröhre mit einem Divertikel der Speiseröhre. 174.
Mittheilungen aus der laryngologischen Klinik Schocker's. 54.
—, kurze, über den Gebrauch meines Salmiakdampfapparates. 107.
—, laryngologische. 236.
Mittelohrenentzündungen, über den Verlauf von eitrigen — bei Tuberculösen unter der Behandlung mit Tuberculin. 232.
Modification des Gottstein'schen Ringes. 112.
Morbus Basedowi, Heilung eines. 178.
Morbus Ménièri, zum. 305.
Morgagnisches Ventrikel, Hervorstülpung des —. 334.
Morphologie, über die, und die Biologie des Soorpilzes. 82.

Nasenbluten bei Nierenkrankheiten. 15.
— blutungen, Behandlung der schweren —. 210.
— deformation bei — Idiotismus. 328.
— diphtheritis, chronische, über —. 44.
— husten. 44.
— polypen zu entfernen, einfache und leichte Methode. 14.
— —, seltener Fall von —. 112.
— — im Alter unter 16 Jahren. 322.
— stein. 258.
— steine. 4, 258.
Natrium tetraboricum, kritische Bemerkungen über die Anwendung etc, 208.
Neccecin ethmoiditis the pathology and diagnost of —. 235.
Nervus laryngeus inferior, über die centripetale Leitung des — und die pathologische Medianstellung des Stimmbandes. 170. 261.
— vagus, über die centripetale Leitung im — und speciell im nervus laryngeus inferior. 326.
Neuritis, zur Lehre der primären — des Recurrens. 147.

Oesophagotomie, glückliche, wegen eines während 5 Jahre 9 Monate in

Digitized by Google

der Speiseröhre eingekapselten falschen Gebisses. 119.
Oesophagus carcinom mit Dyspnoe beginnend etc. 183.
— Polyp. 211.
— strictur mittelst Gastrotomie und Dilatation geheilt. 119.
— varices bei chronischem Alkoholismus. 181.
— verstopfung durch ein falsches Gebiss. 301.
Oesophagus, Fremdkörper des —, die Aorta durchbohrend. 366.
— diverticulum. 366.
— Tumor, bösartiger. 366.
Oesophagus von einer Nadel durchstochen. 360.
Oesophagusfehler. 360.
Ohr, Erkrankung des — bei Influenza. 75.
— husten. 208.
Operation einer überzähligen Mandel. 170.
—, über, zur Verbesserung sowohl der Schwerhörigkeit wie von Affectionen des Kopfes etc. 318.
Otitis, eitrige, und Hirnerscheinungen nach Tamponirung des Nasenrachenraumes bei schwerem Nasenbluten. 255.
— externa parasitäre. 256.

Papillom der aryepiglottischen Falte. 117.
Paralyse der Abductoren. 211.
Pathologie, zur, der entzündlichen Prozesse in den Tonsillen. 115.
Pemphigus mucosae zur Diagnose gewisser Hauptformen von — 157,
Perforationen, traumatische, des Trommelfelles. 167.
—, Bezold'sche, 2 Fälle von — des Antrum mastoideum. 168.
Perichondritis des Kehlkopfes, seltenere Form von — 117, 328.
Persistenz des Löffler'schen Bacillus im Pharynx nach Heilung der Diphtheritis. 330.
Pfaumenkern in der Trachea. 52.
Pfundnase, Behandlung der sogenannten. 300.
Pharyngitis haemorrhagica. 169.
— acuta infectiosa phlegmonosa. 197.
Pharynxgeschwür, rundes. 81, 145.
— phlegmone infectiöse. 145.
Pharynxkrämpfe, clonische. 360.
Pharynxparästhesie, über. 145.
Pharynxpolyp. 18.
Phlegmone, infectiöse des Pharynx u. des Larynx. 169.
Physiologie, Einfluss der — auf die Gesangslehre. 146.
— der Stimme u. Erweiterung der Trachea bei Sängern. 269.
Pilocarpin, gute Wirkung des — bei schwerem Glottisoedem. 17.
—, gegen Trockenheit der Zunge. 113.
Polyp der Keilbeinhöhle. 45.
— fibromucöser. 52.
Posticuslähmung, Fall von doppelseitiger — durch Aortenaneurysma. 263.
Praxis, aus meiner. 185.
Produktionsmodus, über den — der menschlichen Stimme. 366.
Prophylaxis, über die — der Tuberculose. 53.
Prüfung der Schallperception durch die Knochen. 76.
Pyoktanin, über die Anwendung des — in der Ohrenheilkunde. 78.
Puls, der, am Gaumensegel und am Zäpfchen bei Aorteninsufficienz. 170.

Rachen- und Kehlkopferkrankungen im Zusammenhang mit Menstruationsanomalien. 173.
Regeneration, zur Frage der — der Substantia propria und Trommelfellnarben. 89.
Resection, totale, aller Gesichtsknochen. 80.
Resorption, spontane, von Larynxtumoren nach Tracheotomie. 180.
Rhinolithiasis, 3 Fälle von. 79.
Rhinitis fibrinosa, zur Aetiologie der —. 45.
— hypertrophica und Amenorrhae. 322.
Riechschleimhaut, Beitrag zur Frage von der Specifität der Zellen in der thierischen und menschlichen —. 144.

Sarcom, ein Fall von — der Paukenhöhle und des Warzenfortsatzes. 77.
— ein subpartibrales und retropharyngeales. 117.
— der Tonsille, Schwierigkeit der histologischen Untersuchung. 301.

Digitized by Google

Sarcomata multipliciacutis et lymphosarcoma tonsillae, ein ungewöhnlicher Fall von —. 289.
Schilddrüse, neue Facta, welche zur Bestimmung der Rolle der — dienen. 362.
— Unschädlichkeit der Exstirpation der —. 362.
— Folgen der Exstirpation der —. 362.
Schilddrüse, vorläufige Bemerkungen über den physiolog. Effect des Saftes der —. 361.
Schleimpolypen der Nase bei einem Neugeborenen. 259.
Schlingakt, der — und seine Beziehungen zum Kehlkopfe. 148.
Schlussfolgerungen aus einem Fall von narbiger Contraction des Larynx etc. 23.
Schwerhörigkeit, über die — der Kesselschmiede. 40.
Schwindel und Ohrenpfröpfe. 78.
Sclerose multiple, ein Fall von — des Gehirns und Rückenmarks mit Intentionstremor der Stimmbänder. 172.
Sclerom zur Aetiologie des Rachens, des Kehlkopfs etc. 172.
Sinus maxillaris, über die Behandlung hartnäckiger Eiterungen des —. 324.
Sinusthrombose, Beitrag zur —. 1, 28.
—, zur Geschichte der operativen Behandlung der — in Folge Otitis media. 207.
Sondirbarkeit, über die — der Stirnhöhlen. 221. 241.
Soor des Rachens und der Nasenhöhle bei einem Erwachsenen etc. 257.
Soorschwamm. 361.
Spaltung der Mandeln. 269.
Spasmus glottidis. 17.
Spätnath, die — nach der künstlichen Eröffnung des Warzenfortsatzes. 231.
Speichelstein Operation. 84.
Speichelstein im Whartonschen Canal. 367.
Spontanheilung, über — von Empyem der Highmorshöhle. 308.
Sprachstörungen, Eintheilung der — 147.
Stenose der Trachea und des Larynx durch Compression. 50.
Stimme, die — der mit Gebärmutterleiden behafteten Sängerinnen. 331.
Stimmbandgeschwür, seltenes. 333.
Stirnhöhlenempyeme, zur Behandlung der —. 45.
Störungen, psychische, bei der Basedow'schen Krankheit. 56.
—, über — sensible und vasomotorische bei der rheumatischen Facialähmung. 232.
— durch adenoide Vegetationen im Säuglingsalter. 259.
— der Sprache und Stimme bei Paralys. agitans. 325.
Stottern, vorübergehendes, bei einer Amygdalitis. 115.
Strictur des Oesophagus in Folge interstitieller Verdickung seiner Wände. 55.
Strychnineinspritzungen bei diphtheritischer Lähmung. 116.
Studien, experimentelle, über die Fractur der Larynxknorpel etc. 268.
Stummsein, hysterisches. 264.
Syphilis, über — des äussern Ohres. 75.
—, die Behandlung der — im Halse. 48.
Symptome und pathologische Veränderungen in den obern Luftwegen bei Influenza. 270.
Symptomatologie eines Abscesses der hintern Trachealwand. 329.
Syphilisbehandlung, über eine neue —. 363.

Tabes dorsualis und Morbus Basedowii. 179.
— — und Hysterie, hemispasmus glossolabialis links. 262.
Taubendiphtheritis. 361.
Tenesmus der Gaumenbögen und des Pharynx. 211.
Thyroiditis mit Pneumococcen. 19.
—, metastatische. 179.
Thyreotomie bei einem 18monatlichen Kinde. 22.
Thyroidectomie, über. 23.
Thyrotomie bei Larynxcarcinom. 118.
— wegen bösartiger Geschwulst im Kehlkopf. 174.
Thyreoiditis mit Pneumococcen. 359.
Thyreoidectomie, Experimente über doppelte —. 362.
Tod durch Cocain. 265.
Tonsilson, the function of the. 48.
Tonsillen, hypertrophirte Behandlung von — mittelst Ignipunctur. 16.
Trachea, physiologische Form und Weite der —. 269.
Tracheal- und Laryngealstenose durch Compression. 265.

Digitized by Google

Tracheapolyp. 195.
Tracheocele mediane, die. 328.
Tracheostenose, ein Fall von —, hervorgerufen durch Durchschneidung der Trachea. 119.
Tracheotomie u. Laryngotomie intercricothyroidea. 152.
— u. Intubation bei der Behandlung der diphtheritischen Larynxstenose. 180.
— über die mit Calcification der Trachea complicirte 180.
—, ein Fall von — wegen multipler Neubildung im Kehlkopfe. 210.
— und Schlundsondenernährung. 265.
Tracheotomie wegen Syphilis. 365.
Tracheotomie, neue Operationsmethode der. 367.
Trichinen der Zungen und Larynxmuskeln. 15.
Trommelfell, Collaps des —. 41.
Tuberculose des Labyrinths, Beitrag zur —. 121.
Tuberculöse Uebertragung, die — durch Wanzen. 267.
Tuberculose der retropharyngealen Lymphdrüsen. 365.
Tumor Thyroidea, anscheinend bösartig, Verschwinden nach der Tracheotomie etc. 84.
Tumoren, präepiglottische fibröse. 113.

Uebelstände, einige über — der Nasendusche und wie man selbe verhindert. 323.
Ulcus septi nasi perforans, über das — 13.
Untersuchungen über die Ursache der Hirnerweichung infolge von Ligatur der carotis communis. 263.
Urticaria des Halses. 364.
Uvulablutung, acute. 330.
Uvultis tuberculosa. 47.

Vegetationen adenoide des Nasenrachenraumes, sarcomatöse Recidive. 45, 259.
Veränderungen, pathologisch-anatomische Uebersicht über die — der Gehörorgane Taubstummer. 39.
Verbiegungen, nicht traumatische der Nasenscheidewand. 323.
Verengerung, bösartige der Speiseröhre, Gastrotomie etc. 87.
—, krebsartige der Speiseröhre. Gastrotomie. 182.
—, narbige des Oesophagus an der Cardia etc. 182.
Verschliessung, dauernde des Mundes. 46.
Verschluss, congenitaler der rechten Choane; Operation durch Galvanocaustik. 234.
Vorlesungen, klinische, über die Verengerungen der Speiseröhre mit 14 erläuternden Fällen etc. 87, 150.

Warzenfortsatzentzündung als Folge acuter Mittelohrentzündung. 42.
—. Eröffnung des vom äussern Gehörgang, kann sie als gleichwortig mit der sonst üblichen Methode betrachtet werden? 341.
—, Eröffnung des —. 42.
—, ein, bei der operativen Eröffnung des — vorgekommenes seltenes Verhältnis. 153.
—-Operation. 76.
Weber-Liel, Nachruf. 25.
Werth, vergleichender, der operativen Eröffnung des — vorgekommenes seltenes Verhältniss. 153.

Zellensarcom interarytenoides, Operation durch den Mund etc. 330.
Zittern der Stimmbänder und Stimmstörungen bei der Herdsclerose. 333.
Zufälle nach Nasenoperationen eintretend. 145.
Zunge, die schwarze — ihre erste Beschreibung durch H. Landouzy im Jahre 1844. 83.
—, Werth der — in Bezug auf das Athmen. 112.
—. Werth der — beim Athmen. 112.
Zungenaffection bei Syphilis. 83.
—atrophie, halbseitige. 83.
—entzündung, idiopathische. 113.
—erysipel. 113.
— —, primäres. 16.
—leiden, 2 seltene. 82.

Digitized by Google

II. Namen-Register.

Abate 210, 267.
Achalme 361.
d'Aguanus 238.
Aigre 169.
de Angeli 331.
Aronsohn 256.
Arthand 362.
Aouseret 360.
Aubert 178, 266.
Audubert 179.
Avellin 195.

Baber 175.
Baginsky 236.
Ball 76.
Ballet 179.
Baratoux 256.
Barbey 328.
Barford 145.
Barnabei 49.
Batters 174.
Baumgarten 117, 173, 328.
Beausoleil 334.
Berger 182.
Berlioz 258.
Bernard 265.
Betz 116.
Bilhaut 148.
Bitot 49.
Blackmann 20, 113.
Bock 82.
Botey 78, 86.
Bouchard 52.
Boudeson 49.
Boyals 14.
Bribion 145.
Browne 84.
Browne Lennox 48, 50, 211, 301.
Brühl 360.
Bumie 80.
Buisseret 265.
Burger 261.
Burkart 326.
Canniot 182.
Cardarelli 81.
Carless 271.
Cartarg 176, 263, 324.
Casadesus 238.
Caselli 175, 262.
Chalot 263.
Chavasse 366.
Charazac 152, 172, 266.
Charcot 175, 214.
Chatellier 112, 323 367.
Chauveau 325.
Chencinati 366.
Chervin 147.
Chiari 171.
Cholewa 33, 70, 100, 221, 241.
Chouppe 329.
Clarac 20, 152.
Clarke 45.
Clegg 43.
Clutton 271.
Compaired 208, 238.
Collet 333.
Cohn 114, 254.
Cohnstädt 121.
Conetouz 212.
Conradi 215.
Constantin 52.
Corradi 76.
Couetoux 15, 113
Cozzolino 212.
Cullen 16.
Culloch 113.
Culot 145.

Daletti 210.
Dagron 360.
Darzens 363.
Deguèret 304.
Déjérine 18, 267.
Délie 45, 259, 330.
Demme 252.
Désiré 213.
Desprez 214.
Desvernine 85.
Desvévre 267.
Dionisio 210.
Donclan 48.
Donockowski 115.
Downie 115.
Dreyfuss 111.
Dudefoy 22.
Dupré 300.
Dury 270.
Duzac 17.

Egidi 86, 181.

Fauvel 363.
Feibes 46.
Féréol 16.
Ferger 265.
Ferras 363.
Finley 15.
Fletscher Ingals 19.
Focanier 83, 119.
Frankl-Hochwart 232.
Freudenthal 13.
Fromaget 21.

Gampert 269.
Garel 16, 113, 176, 177, 332.
Gangolphe 182.
Gaucher 183.
Gay 17.
Geffrier 268.

Digitized by Google

Gellé 17, 255.
Gemell 177.
Gérard 21.
Gérin-Aoze 178.
Gicod 53.
Gleason 50.
Gley 264, 361, 362.
Glover 367.
Gomperz 89, 107, 337.
Goodhart 84.
Gougenheim 49, 331.
Grandon 360.
Grant 54.
Griffin 48.
Grimm 359.
Gruber 231.
Grueningen 76.
Grünwald 254.
Gulland 48.
Guthrie 116.
Guye 168.

Habermann 40.
Hajek 176.
Hall Haviland 85.
Halz 327.
Hansberg 1, 28.
Hanot 364.
Haug 77.
Hecke 43.
Henrot 1, 145.
Héricourt 213.
Heryng 85.
Herzfeld 168.
Hessler 41, 209.
Heymann 256, 324.
Higuet 50, 112.
Hochenegg 149.
Holmes 173.
Hooper 364.
Hopmann 322.
Howard 82.

Jack 319.
Jacob 259.
Jacobs 329.
Jänicke 111.
Jaja 43.
James 194.
Jamison 169.
Jarvis 23.
Jenoli 46.
Imbert 366.
Joal 302, 330.
Jones 115.
Juell 16.
Juffinger 54, 117.
Juniquaud 362.

Katz 76, 164.
Kayser 66.
Kholshewniskoff 365.
Kilian 157.
Klein 331.
Koch 21.
Köhler 69.
Krause 170.
Kreyuska 153.
Krieg 334.
Krzywicki 172, 358.
Kuchenbecker 57, 93, 123.
Kulenkampf 325.
Kummer 179.
Kurz 14.

Labée 213.
Lampiasi 263.
Lange 234, 356.
Langoutte 18.
Lannois 321.
Laulancé 362.
Lavéran 364.
Laurent 113.
Le Dontu 118, 162.
Le Fort 182.
Legars 269.
Legendre 17.
Le Jeune 330.
Lépine 269.
Lermoyerz. 145.
Le Roy 259.
Letulle 181.
Lewy 80.
Lichtenberg 25, 41, 42.
Lichtwitz 235, 367.
Lieven 45.
Linnoisier 82.
Liredey 262.
Livon 17.
Lubet-Barbon 46, 181.
Lubert-Harbon. 259.
Luc 51, 178, 236, 258, 260, 301.

Mackenzie 180, 366.
Magori 362.
Mallins 148.
Malm 16.
Marchand 19, 359.
Marschall 47.
Martin 56, 181.
Masini 215.
Massei 147.
Masucci 85.
Mayer 18.
Max 208.
Mégnin 361.
Mendel 20, 49.
Mendoza 323.
Merklen 167, 170.
Meyjes 132.
Michelom 237.
Moncoroo 364.
Montavaw 266.
Montaz 179,266.
Morel-Lawallée 40.
Morgan 170.
Moure 334.
Moullin 87.
Moure 118.
Musilier 268.
Mygind 39.
Naegeli 214.
Naltenius 325.
Natier 84, 269, 334.
Neill 52.
Neumann 55.
Newmann 19, 87, 150.
Nicaise 180, 269.
Nicoll 174, 237.
Nothers 167.
Nuvoli 146.

Onodi 288.
Oppenheimer 322.

Page 365.
Paltauf 172.
Péan 80.
Pelligrini 267.
Peltesohn 46.
Pendleton 49.
Périer 20, 182.
Peter 260.
Peyricass 14.
Picqué 175.
Pilatte 171.
Pilliet 170, 359.
Polikier 55.
Polo 19.
Pollosson 183.
Porte 303.

Ragoneau 1, 79, 84, 116, 301.
Rainsford 115.
Raugé 211, 300, 332.

Digitized by Google

Raulin 15, 146.
Ravenel 22, 365.
Raymond 175, 177.
Regnault 263.
Rendu 16.
Rithi 148, 169.
Reverdin 23.
Revillet 323.
Richelot 178.
Richet 213.
Robin 304.
Roe 55.
Rohrer 75, 78.
Rosenberg 325.
Ross 178.
Rostoshinsky 365.
Roux 82t
Rozenz 116.

Sandford 47, 262.
Saverny 15.
Sanvineaud 18.
Scanes Spicer 258.
Scatliff 112.
Schaeffer 197.
Schattak 117.
Scheibe 142.
Schiffers 50, 258, 264.
Schleier 324.
Schlutter 180.
Schmidt 44.
Schmiegelow 10, 35, 73, 103, 133, 264.
Scholefield 237.
Schubert 42.
Schwabach 232.
Schwartz 52, 55, 246, 281.
Sedzcak 199, 289.
Semon 20, 117, 174.
Sexon 318.
Sheild 112.
Shendrikowsky 211.
Siebenmann 107, 308.
Simanowsky 212, 258.
Simon 21, 148, 304, 331.
Sirullaz 329.
Smith 19, 112.
Sokolowski 51, 115, 326.
Sokolloff 365.
Solis-Cohen 47, 210, 270, 358.
Souls 298.
Soupault 361.
Stacke 78.
Steinthal 45.
Stevensohn 113.
Stetter 217, 317.
Strauss 237.
Stroem 183.
Strübing 327.
Suarez de Mendosa 17, 18.
Suchanek 148, 144.
Sutherland 176.
Symonds 50.
Szadek 16.
Szenes 6, 187, 225.

Tavel 179.
Teissier 81.
Terrillon 119, 181, 182.
Thormer 215, 257, 261.
Thzrner 146.
Tobiessen 320.
Tolmatcleff. 13·
Trasher 44.
Trekaki 360..
Troisier 264.
Trolard 80.
Truckenbrod 110.
Tsakyroglous 185, 305.
Turner 83, 84.
Tymowski 118.

Vacher 333.
Vertos 81.
Villemin 53.

Wagner 22, 119.
Weil, 347.
Whittle 19.
Wilson 19.
Woakes 235.
Wolfenstein 357.

Zander 363.
Zarniko 79.
Zaufal 207, 233.
Zielgien 268.
Ziem 44, 138, 160, 273, 332.
Zwaardemaker 211.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Univers.
Wien

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie an d. Universität
München

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor und Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität **Wien**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXVI. **Berlin, Januar 1892.** **No. 1.**

I. Originalien.

Beitrag zur Sinusthrombose.

Von

Dr. med. **Hansberg** in Dortmund.

Mit der zunehmenden Entwickelung der Ohrenheilkunde und der mehr und mehr sich Bahn brechenden Einsicht von der Gefährlichkeit der Ohreiterungen mehren sich auch die casuistischen Mittheilungen über lebensgefährliche Erkrankungsprocesse, die im Gefolge von Eiterungen des Mittelohres und des Warzenfortsatzes zu Stande gekommen sind.

In erster Linie ist hier Meningitis zu nennen, und es ist eine bereits längst bekannt gewordene Thatsache, dass dieselbe gar nicht so selten auf Ohrerkrankungen zurückzuführen ist, in der neueren Zeit hat man indessen zwei anderen gefährlichen Folgekrankheiten der Ohreiterungen besondere Aufmerksamkeit geschenkt, dem Hirnabscess und der Sinusphlebitis.

Ich beabsichtige im Folgenden die Casuistik der Sinusphlebitis resp. -thrombose, die wohl ausnahmslos in Ohreiterungen ihre Aetiologie haben dürfte, zu bereichern und möchte zunächst einen Fall anführen, der besonders durch den weiter unten zu erwähnenden Sectionsbefund unser Interesse in Anspruch nimmt.

Digitized by Google

Ernst K., Wirthssohn aus Dortmund, 16 Jahre alt. Seit Kindheit ohne bekannten Grund beiderseits Ohreiterung, weswegen bereits früher specialistische Behandlung erfolglos angewandt wurde. Irgend welche Beschwerden seien indessen dadurch nicht entstanden. Am 1. Mai 1891 stellten sich heftige Schmerzen im linken Ohre ein, die anhielten und schliesslich so hochgradig wurden, dass am 3. Mai Morgens zu mir geschickt wurde. Ich nahm folgenden Befund auf: Pat. ist im Verhältniss zu seinem Alter von grosser Statur, äusserst kräftig gebaut, Muskulatur und Knochen stark entwickelt. Er macht den Eindruck eines schweren Fieberkranken, seine Gesichtszüge zeigen Theilnahmlosigkeit, Augen glanzlos, Pupillen beiderseits gleichmässig, reagiren. Er ist kaum im Stande, sich aufzurichten und klagt über heftige Schmerzen im Ohr und in der Stirn. Temp. 39,6°, Puls 110.

Rechts der Gehörgang z. Th. mit Polypen angefüllt, links voll foetiden Eiters, nach dessen Entfernung mit der Spritze die otoscopische Untersuchung ergiebt, dass das Trommelfell fast ganz zerstört ist bis auf den vorderen oberen Rest, der den retrovertirten Hammergriff trägt. Paukenschleimhaut granulirt, cariöse Stellen im Mittelohr mit der Sonde nicht festzustellen. Beiderseits wird nur halblaute Sprache dicht am Ohr percipirt.

Warzenfortsatz nicht geschwollen, auf Druck unempfindlich, dagegen empfindet P. Schmerzhaftigkeit bei Druck auf die Regio retromaxillaris, die aber nicht angeschwollen ist.

Ordination: Blutegel hinter das linke Ohr, Eisblase, Laxans.

Abends: Schmerzen im Ohr haben etwas nachgelassen, dagegen Kopfschmerz derselbe geblieben. Fieber 39,3°, Puls 108.

4. Mai. Befinden unverändert.

5. Mai. Erbrechen, Klagen über heftige Kopfschmerzen, Pupillen beiderseits gleichmässig. Die Untersuchung des Augenhintergrundes wurde leider verabsäumt.

9. Mai. Heftiger Schüttelfrost. Fieber 41,5°.

10. Mai. 2 Schüttelfröste, Somnolenz, Delirien. Keine Anschwellung des Warzenfortsatzes, ebensowenig Empfindlichkeit auf Druck, letztere ist jetzt auch bei Druck auf die Regio retromaxillaris geschwunden, keine Anschwellung weiter nach abwärts am Halse im Verlauf der Vena jugularis interna. Nach Consultation mit dem Hausarzt Dr. Blanke wird die bereits mehrere Tage vorher in Vorschlag gebrachte Aufmeisselung des Warzenfortsatzes bewilligt.

11. Mai. Aufmeisselung. Zugegen die DDr. Gerstein, Schmitz, Blanke, Eisenhardt und Benkelmann. Schnitt um die Ohrmuschel, beginnend oben etwas vor dem vorderen Ansatz der Ohrmuschel und endigend an der Spitze des Warzenfortsatzes. Ablösung des Periosts, subperiostale Ablösung des häutigen Gehörganges bis in die Tiefe. Vorklappen der Ohrmuschel nach vorn, Stillung der mässigen Blutung. Knochen zeigt sich äusserlich nicht verändert, dagegen nach einigen Meisselschlägen quillt reichlicher, stark stinkender Eiter aus der Tiefe, der besonders von oben zu kommen scheint, oberhalb der Linea temporalis, so dass anscheinend die Dura der Sitz der Eiterung ist. Ergiebige Abmeisselung ergiebt indessen keine vorhandene Oeffnung nach der mittleren Schädelgrube, es fand sich aber hinten oben eine circa 3 Millimeter grosse verfärbte Stelle im Knochen, die wahrscheinlich auf den Sitz der Eiterung führen musste. Ehe ich hier weiter vorging, eröffnete ich zunächst das Antrum, nahm die hintere Gehörgangswand fort, führte eine Hartmann'sche Sonde durch das Antrum in die Paukenhöhle, so dass die Spitze derselben in der Tiefe des Gehörgangs gesehen werden konnte, und meisselte nun, indem die Sonde liegen gelassen wurde, die äussere Wand des Kuppelraumes (Pars ossea Walb) so breit fort, dass eine genügende freiliegende Communication zwischen Antrum und Paukenhöhle bestand. Dabei wurde der übrigens gesunde Ambos entfernt. Caries war im Kuppelraum nicht zu constatiren, so dass ich darauf verzichtete, den Hammer ebenfalls noch zu entfernen, um die Freilegung des Atticus noch weiter nach vorn hin zu vergrössern. Es wurde nun die oben erwähnte verfärbte Knochen-

Digitized by Google

stelle im Warzenfortsatz hinten oben eingemeisselt, und nach einigen Meisselschlägen stürzte unter lebhaften Pulsationen massenhafte jauchige Flüssigkeit hervor, es zeigte sich, dass dieselbe aus dem verjauchten Sinus hervorkam. Breite Freilegung des letzteren in Ausdehnung von circa 1/2 Ctm., besonders ergiebige Abmeisselung nach unten, um dem Secret guten Abfluss zu verschaffen. Nach Abfluss der Jauche Aufhören der Pulsation; Ausfüllung des Knochendefects am Sulcus sigmoideus mit Jodoformgaze, hiermit wird auch die Höhle des Warzenfortsatzes bis in das Antrum und die Paukenhöhle und der äussere Gehörgang ausgefüllt. Spaltung des äusseren Gehörgangs bis in die Concha, 2 Querschnitte in letztere nach unten und oben, Annähen des oberen häutigen Gehörgangssegments an den äusseren Weichtheilschnitt hinten oben, des unteren an einen formirten 3eckigen Weichtheillappen, Verband.

12. Mai. Temp. Mgs. 36,8°, Abds. 38,1°. P. fühlt sich bedeutend freier, Kopfschmerzen ganz geschwunden.

13. Mai. Mgs. 36.4°, Abds. 38,0°.

5 Tage hindurch fieberfreier Verlauf. Appetit stellt sich ein, Euphorie. Wunde sieht gut aus, Foetor ganz geschwunden, Absonderung aus der Tiefe des Ohres gering.

17. Mai. Abds. 39,8°. Heftige Schmerzen im Leib, der auf Druck links empfindlich ist, aber keine Auftreibung zeigt. Priessnitz, Lavement.

18 Mai. Mgs. 39,9°, Abds. 36,4°; Leibschmerzen anhaltend.

19. Mai. Es stellt sich trockener Husten ein, als dessen Ursache eine Pleuritis sicca hinten unten rechts festgestellt wird.

21. Mai. Schüttelfrost. Mgs. 38.9°, Abds. 36,4°. Puls 144.

22. Mai. Erneuter Schüttelfrost ohne Fieber.

23. Mai. Pat. fühlt sich besser, Husten fortbestehend.

25. Mai. Mgs. 37,4°, Abds. 38,4°. Pleuraexsudat links, das in den nächsten Tagen bis zum unteren Skapularwinkel ansteigt. Das pleuritische Reiben rechts geschwunden.

30. Mai. Schulterschmerzen links bei negativem Befund.

8. Juni. Mgs. 37,9°, Abds. 38,3°. Puls 124. Schulterschmerzen und Husten anhaltend, ebenso Pleuraexsudat; die Kräfte des Kranken haben sehr abgenommen, Appetit gering, apathischer Gesichtsausdruck; Granulationen der Wunde blass, Oeffnung im Sinus hat sich sehr verkleinert.

12. Juni. Mgs. 36,8°, Abds. 36,6. Puls 96. Intensive Leibschmerzen, Erbrechen.

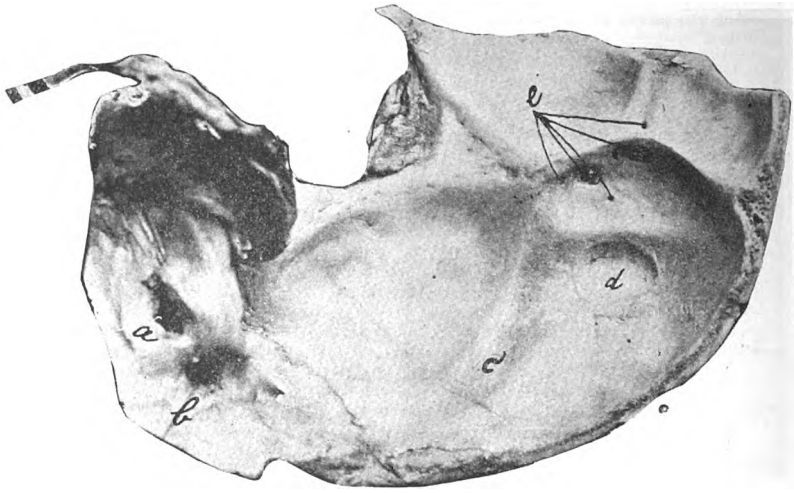
13. Juni. Mgs. 36,5°, Abds. 36,4°. Puls 84. Erbrechen anhaltend, Leib etwas aufgetrieben, auf Druck links sehr schmerzhaft. Eispillen, Champagner.

15. Juni. P. erbricht Alles, Leib stärker aufgetrieben, Exsudat nachweisbar, Temperatur subnormal, Puls klein und frequent. Zunehmende Schwäche des Kranken, Erbrechen ununterbrochen anhaltend, laute Klagen über heftige Leib- und Schulterschmerzen, Bewusstsein bis zum Tode erhalten.

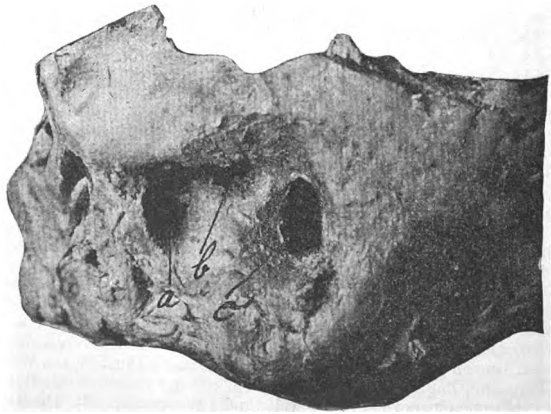
26. Juni. Exitus lethalis.

Section (mit Dr. Schmitz). Befund: Hochgradig abgemagerte Leiche. Nach Wegnahme des Schädeldaches zeigt sich die Dura mit unbedeutender schaumigseröser Flüssigkeit bedeckt, dieselbe ist leicht abziehbar, nicht verdickt, wenig blutreich. Sinus longitudinalis in seiner ganzen Länge in einen harten Strang verwandelt, es zeigt sich zwar, dass ein, wenn auch sehr enges Lumen noch besteht, durch das man eine dünne Sonde hindurchführen kann, die Wand des Sinus gleichmässig hochgradig verdickt. Mit der Sonde gelangt man vom Sinus longitudinalis aus durch den Sinus confluum gleich in den Sinus transversus dexter, dessen Lumen in seiner normalen Weite erhalten ist und dessen Wandungen nicht verdickt sind, dagegen ist es unmöglich, mit der Sonde in die linke Hälfte des Sinus confluum einzudringen, die vollständig thrombosirt ist. Die Thrombose erstreckt sich auf den ganzen Sinus transversus sinister bis zum Foramen jugulare, wo dieselbe aufhört, ebenso ist der Sinus petrosus superior in einen derben

Digitized by Google



Figur I.



Figur II.

Digitized by Google

Strang umgewandelt. Ungefähr 1½ Ctm. vom Sinus herophili nach links und vorn, dicht am Sinus transversus, findet sich in der Dura eine rundliche Lücke im Durchmesser von 8 Mmtrn., durch die man mit der Sonde in den thrombosirten Sinus transversus gelangt, der hier ein kleines Lumen hat, das sich noch etwas nach vorn fortsetzt. In dieser Oeffnung der Dura, die einem nachher noch näher zu beschreibenden knöchernen Defect des Hinterhauptbeins entspricht, und im Sinus findet sich Eiter.

Das Gehirn ist wenig blutreich, enthält in sämmtlichen Ventrikeln seröse Flüssigkeit; weder im Gross-, noch Kleinhirn sonst besondere Veränderungen wahrnehmbar.

Das linke Schläfenbein wird mit der Hälfte des Hinterhauptbeins verbunden herausgenommen. Von aussen (Figur I) sieht man den Gehörgang mit dem Warzenfortsatz in eine einzige Höhle umgewandelt, die breit in's Antrum und die Paukenhöhle führt, die letzteren durch einen 3 Mmtr. breiten freiliegenden Spalt mit einander verbunden. Hammer ist erhalten und gesund. Tegmen der Paukenhöhle intact, dagegen fand ich die Decke des Antrums zu meinem Erstaunen in Ausdehnung von 6 Mmtrn. Durchmesser zerstört, die Oeffnung der Decke wurde durch ein sequestrirtes Knochenstück ausgefüllt. Die Ränder dieser Oeffnung waren gelblich verfärbt und oben in breiter Ausdehnung rareficirt, resp. durch Caries zerstört, so dass mit dem einliegenden Sequester, von oben gesehen, eine Delle gebildet wurde (Figur II), dagegen war die Dura hier anscheinend intact.

Hinten am Eingang in die Höhle des Warzenfortsatzes eine länglich-ovale Oeffnung, die 1½ Ctm. lang und 1 Ctm. breit ist und in den Sulcus sigmoideus führt. Der letztere ist auch in seiner Fortsetzung bis zur Crista occipitalis blutreich, von dem Knochen der Umgebung deutlich abgesetzt. Etwa 1½ Ctm. von der Crista occipitalis nach links findet sich dicht am Sulcus transversus eine länglich rundliche, ca. 1½ Ctm. im Durchmesser haltende tiefe Delle im Hinterhauptbein, die, im Grunde blutreich, einen Rarefact im Knochen darstellt. Dieser Rarefact entspricht der vorbeschriebenen Oeffnung in der Dura und war mit Eiter angefüllt. Längs der Crista occipitalis zeigen sich links 2 grössere Gefässlöcher, das grössere länglich oval mit 5 Mmtr. Durchmesser, das kleinere von 4 Mmtrn., ausserdem noch 3 kleinere von ca. 1 Mmtr.

Die Section der Brust- und Unterleibs-Organe wurde leider nicht gestattet.

Der vorstehend beschriebene Fall ist in erster Linie durch den im Allgemeinen negativen Befund von Seiten der Weichtheile des Warzenfortsatzes und des Halses bemerkenswerth. Die heftigen Schmerzen im Ohr, der ganze Verlauf, vor Allem die bestehende Ohreiterung liessen zwar mit Sicherheit darauf schliessen, dass der Krankheitsprocess, mochte er nun im Gehirn, seinen Häuten oder im Sinus transversus seinen Sitz haben — denn nur diese 3 Möglichkeiten konnten meiner Meinung nach vorzugsweise in Frage kommen — von dem Mittelohr resp. dem Warzenfortsatz seinen Ursprung genommen haben musste, aber man konnte zweifelhaft sein, welche Folgekrankheit eigentlich vorlag; jedenfalls aber schien es mir, in Anbetracht der schweren Allgemeinerscheinungen, ganz ungerechtfertigt, für dieselben allein ein Empyem des Warzenfortsatzes verantwortlich zu machen. Zudem vermisste ich ebensowohl Schwellung und Schmerzhaftigkeit des Warzenfortsatzes, als Senkung der hinteren oberen Gehörgangswand, wenngleich es bekannt ist, dass diese Erscheinungen bei Eiterung in den Warzenzellen häufig genug fehlen können.

(Schluss folgt.)

Digitized by Google

Bericht
über die Verhandlungen der Abtheilung für Ohrenheilkunde der 64. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte in Halle a. S. 1891.

Von

Dr. **Sigismund Szenes** in Budapest.

(Schluss.*)

15) Dr. Loewe (Berlin): Zur Therapie der Mittelohrblennorrhoeen.

Die Methode bezweckt, die Mittelohrblennorhoeen dadurch zur Verheilung zu bringen, dass das Secret im Momente seiner Absonderung abgesaugt wird, die erkrankte Paukenhöhle also beständig trocken bleibt.

Wenn es sich also um eine acute seröse Paukenhöhlenentzündung (Pneumodiplococcen-Otitis) mit reichlicher Absonderung handelt, wo zugleich das Trommelfell total zerstört ist, da werden Paukenhöhle und äusserer Gehörgang mit hydrophilem Verbandmaterial (Watte, Mull) bis zum Grunde der Ohrmuschel austamponirt, worauf der Verband nach 3—4 Stunden durchnässt ist, weshalb derselbe also ca. 6 Mal täglich, auch während der Nacht erneuert werden muss; die Sache heilt dann innerhalb 2—4 Tagen. — Tritt die Verheilung innerhalb einer Woche nicht ein, so ist damit der Beweis geliefert, dass die Affection nicht auf die Paukenhöhle beschränkt ist, sondern auch deren Adnexa (Kuppelraum, Antrum, Warzenzellen) ergriffen hat. In diesem Falle schreitet L. nun zunächst zur Eröffnung des Kuppelraumes und führt dieselbe vom äusseren Gehörgange aus, so dass ein 3—4 Mmtr. im Durchmesser haltender kreisrunder Defect im Os epitympanicum entsteht. Auf diese Weise ist jetzt also auch der Kuppelraum der Tamponade zugänglich gemacht, und kann vermittelst derselben ebenfalls beständig trocken gehalten werden. — Bleibt trotz Eröffnung des Kuppelraumes die Krankheit unverändert bestehen, so ist dadurch nach Ansicht L.'s der Beweis geliefert, dass dieselbe auch den Warzenfortsatz ergriffen, und wird demgemäss zur Eröffnung des Antrum mastoideum geschritten. Dieselbe erfolgt mittelst der Zahnbohrmaschine, nachdem, ebenso wie Stacke dies thut, die häutige Auskleidung des Gehörganges von der hinteren Gehörgangswand abgelöst ist, wird die knöcherne obere hintere Gehörgangswand bis zum Antrum in der Art abgetragen, dass ein zweiter neuer Gehörgang in der Substanz des Knochens gebildet wird. Der ursprüngliche und der neue Gehörgang communiciren an der Berührungswand mit einander, und ist jetzt auch das Antrum der Tamponaden-Therapie zugänglich gemacht. — Wird auch auf diese Weise innerhalb kurzer Zeit nicht Heilung erzielt, nimmt L. an, dass der Process, ausser dem Kuppelraum und dem Antrum, auch noch die Warzenzellen ergriffen hat. Um letztere nun der Tamponaden-Therapie zugänglich zu machen, wird die genannte Corticalis des Warzenfortsatzes, soweit sie im Planum temporale gelegen ist, ebenfalls mittelst der Zahnbohrmaschine abgetragen.

*) Siehe No. 10, 11 u. 12, 1891.

Digitized by Google

Die Tamponaden-Therapie hat nach L. nur dann Berechtigung, wenn die Perforation möglichst gross ist, der Tampon also seine Saugwirkung voll entfalten kann. Ist eine Paracentese nothwendig, dann muss eine möglichst grosse Oeffnung angelegt werden, weshalb L. die Paracentese derartig ausführt, dass das ganze Trommelfell, mit Ausnahme der Membrana Shrapnelli, vom Limbus cartilagineus abgetrennt wird, worauf sich dasselbe dann in sich selbst retrahirt, und es entsteht eine halbmondförmige, sehr geräumige Lücke, wobei sich der Hammergriff ebenso, wie bei totaler Perforation, schräg nach innen mit dem Umbo an das Promontorium stellt.

Diese Therapie ist auch für alle anderen Mittelohrblennorrhoeen mutatis mutandis anwendbar. Der wichtigste Unterschied besteht darin, dass das Secret nicht rein serös ist, sondern schleimig-eitrige Beimengung zeigt. In diesem Zustande ist das Secret für die Capillarattraction insofern ungeeignet, als bei Anwendung der Tamponaden-Therapie nur die wässerigen Bestandtheile durch den Tampon abgesaugt werden, während die schleimig-eitrigen an der Innenfläche des Tampons, d. h. in der Paukenhöhle selbst zurückbleiben. Um sie hier vor Zersetzung zu bewahren, schiebt L. in diesen Fällen ein Antisepticum zwischen Paukenhöhlenschleimhaut und Innenfläche des Tampons ein, indem er eine dünne Lage Borsäure in Substanz über die Paukenhöhlenschleimhaut ausbreitet, bevor er die Tamponade ausführt.

16) Dr. Hecke (Breslau): Beiträge zur Heilung der metastatischen Pyaemie bei Mittelohrerkrankungen.

Im Anschluss an verschiedene günstig verlaufene Fälle metastatischer Pyaemie bei Otitiden aus der Hallenser Ohrenclinik (Jahresbericht 1887/88) berichtet H. über zwei selbst operirte Fälle.

Der eine, ein 17jähriger Schüler, war längere Zeit an einer Mittelohrentzündung behandelt worden, wiederholte Paracentesen des Trommelfells waren nöthig, eine polypöse Wucherung der Paukenschleimhaut wurde mit der Schlinge entfernt, der Rest galvanocaustisch behandelt. Eines Tages stellten sich ein: sehr lange anhaltende Schüttelfröste, Processus mastoideus sehr druckempfindlich, andauerndes hohes Fieber, sehr reichliche Eiterung aus dem Ohr. Aufmeisselung des Processus mastoideus, der überall eitrig durchtränkt war; am 4. Tage nach der Operation Pleuritis sinistra. Am 5. Tage nach plötzlicher Temperatursteigerung bis 42° C. entzündliche Anschwellung des linken Sterno-Clavicular-Gelenks; Eröffnung des vereiterten Gelenks, in den nächsten Tagen noch eine Pleuritis dextra serosa, sowie eine Entzündung des rechten Schultergelenks. Der Fall endete mit vollständiger Heilung.

Der zweite Kranke, 18 Jahre alt, litt an einem chronischen Nasenrachencatarrh und hochgradigem Catarrh der Tuba und Paukenhöhle. In Folge plötzlicher Entzündung der rechten Paukenhöhle, spontane sehr reichliche Eiterung; die Perforations-Oeffnung des Trommelfells wurde erweitert, trotzdem mehrmalige Schüttelfröste, worauf Aufmeisselung des Warzenfortsatzes. Nachdem das Fieber nachgelassen hatte, traten in den nächsten Tagen wiederholt Schüttelfröste auf, Anschwellung des rechten Ellenbogengelenks, Eröffnung desselben; der Inhalt war serös und getrübt, und zeigte reichliche Mengen von Streptococcus pyogenes.

Digitized by Google

Nach mehreren kurz andauernden Schüttelfrösten trat auch hier vollständige Heilung ein.

17) Derselbe: Ueber extradurale Eiteransammlung im Verlauf von Mittelohrerkrankung.

Eiteransammlungen zwischen Dura mater und Schädelknochen sind meist tuberculöser Natur, nach den Untersuchungen von Volkmann, Kraske, Heinecke, Krause u. A. — Hecke berichtet über zwei Fälle von sehr grosser Eiteransammlung zwischen Dura mater und Knochen zur Zeit der letzten Influenza-Epidemie (1889/90).

Der erste, ein kräftiger 33jähriger Mann, war im Anschluss an Influenza von seinem Arzt an Catarrh der Nase, Tube und rechten Paukenhöhle behandelt worden. Bald waren sehr bedeutende Kopfschmerzen rechts mit Schlaflosigkeit in Folge von Eiteransammlung am Warzenfortsatz aufgetreten. H. hat den Warzenfortsatz selbst aufgemeisselt, welcher überall sclerosirt war; der Abscess communicirte durch eine feine Fistelöffnung mit der Schädelhöhle, die nach allen Seiten erweitert wurde. Der Kranke ging an Meningitis zu Grunde. — Bei der Section fand sich eine Fistel am Tegmen tympani, die aus der Schädelhöhle in das circa linsengrosse, mit Granulationen angefüllte cariöse Antrum mastoideum führte, die Paukenhöhle selbst war nicht ergriffen; Eiteransammlung oberhalb der Pyramide und in der hinteren Schädelgrube.

Der zweite, ein 52jähriger Arbeiter, hatte nach Influeuza eine Otitis media dextra ohne Eiterung; allmähliges Entstehen einer schmerzhaften fluctuirenden Geschwulst hinter dem rechten Ohr, dieselbe wurde eröffnet und der cariöse Warzenfortsatz aufgemeisselt. In der Fossa temporalis liegt die Dura mater frei in Folge von Caries necrotica; Eitersenkung am Schädel entlang nach hinten und unten mit normalem Heilungsvorgang. Zwei Tage vor der beabsichtigten Entlassung plötzliche Bewusstlosigkeit mit hohem Fieber, Meningitis und Exitus letalis. — Bei der Section fand sich eine sehr bedeutende Eiteransammlung in der mittleren und hinteren rechten Schädelgrube, in der Fossa temporalis vernarbte Caries necrotica. Ein Zusammenhang mit dem Schläfebein konnte nicht nachgewiesen werden, da es in Folge eines Versehens von dem Obducirenden nicht herausgenommen worden ist.

18) Privatdocent Hessler (Halle a. S.): Ueber extradurale Abscesse nach Otitis.

Die Entzündung der Dura mater nach Otitis ist bisher wenig beachtet und eingehender beschrieben von einem Chirurgen, Heineke. Hoffmann fand in 102 letalen Fällen von Ohrkrankheiten 34 Mal die Dura blossgelegt; Hessler fand bei fast 100 Aufmeisselungen die Dura 17 Mal blossliegend, geheilt davon waren 13 Fälle. — In der Literatur fand H. 50 Fälle von extraduralen Abscessen, zu denen er drei neue bringt. Die Fälle sassen auf beiden Ohren gleichviel vertheilt, beim männlichen Geschlecht über noch ein Mal so oft als beim weiblichen, 30 Mal bei chronischen und 19 Mal bei acuten Ohraffectionen; am häufigsten im Alter von 1—25 Jahren.

Hessler unterscheidet secundäre extradurale Abscesse mit Knochendefecten und primäre ohne die letzteren; die secundären sind häufiger (41 Mal) beobachtet, letztere 12 Mal. Die secundären Abscesse sassen 4 Mal so oft an der hinteren Felsenbeinfläche als am Tegmen

Digitized by Google

tympani. Die cariösen Veränderungen im Felsenbein variiren zwischen linsengrossem bis fast totalem Defecte des Knochens. Geheilt wurden operativ 14 Fälle; der Tod trat am häufigsten ein durch Hirnabscess, dann durch Meningitis, ferner durch Hirnabscess und Sinusphlebitis.

Von den primären extraduralen Abscessen hat H. 12 Fälle zusammengestellt, darunter 2 eigene mit acuter Otitis und mit Heilung. Sie sassen ebenfalls an der hinteren Felsenbeinfläche noch ein Mal so oft als am Tegmen tympani. 3 Fälle wurden geheilt; am häufigsten Tod durch Meningitis; sie fanden sich je 8 Mal am linken Ohr, bei chronischer Otitis und bei männlichen Patienten.

Ein einheitliches Krankheitsbild lässt sich auf Grund der bisherigen Fälle nicht aufstellen. Die Diagnose ist vorläufig nicht möglich, ausser wenn eine Knochenfistel direct in den Abscess führt, und ist nur durch Ausschliessung von Meningitis, Sinusphlebitis, Hirnabscess wahrscheinlich. — Die Therapie ist eine prophylactische und später rein chirurgische. — Die Prognose hängt allein von dem Verhalten der Dura und dem rechtzeitigen therapeutischen Eingriffe ab.

19) Dr. Brieger (Breslau): Demonstration eines Apparates zur Gewinnung keimfreien Spülwassers.

Brieger berichtet kurz über Untersuchungen, welche sich auf die durch Spritzen, Pumpen etc. gefolgte Verunreinigung der für Ausspritzungen des Gehörgangs, Durchspülung per tubam etc. benutzten indifferenten Flüssigkeiten bezogen. Der Forderung für die angegebenen Zwecke, speciell für die Durchspülung per tubam, ausschliesslich sterile Flüssigkeiten zu verwenden, kann nur ein Apparat entsprechen, welcher, am Ende der zum Spülen benutzten Apparate gelegen, die von dieser herrührenden Verunreinigungen zurückhält. Eine solche Vorrichtung hat B. unter Verwendung von Berkenfeld-Filtern für die Pumpe in der Weise herstellen lassen, dass ein das Filter enthaltender Metallcylinder am Ende des Abflussschlauches angebracht ist, welcher unmittelbar in die in den Gehörgang einzuführende Canüle ausfliesst. Wenn der Metallcylinder mit der Ausflusscanüle durch Auskochen ausreichend sterilisirt ist, gewinnt man aus der Pumpe absolut sterile Spülflüssigkeit. Auch Wasser, welchem reichliche Ausschwemmungen von Staphylococcus pyogenes aureus-Reinculturen zugesetzt waren, filtrirte durch den Apparat — bei welchem nur eine relativ geringe Herabsetzung des Druckes bedingt ist — vollkommen steril.

* * *

Nachdem die Tagesordnung erschöpft war, ergriff Vorsitzender Prof. Walb das Wort, um dem Einführenden der Section, Herrn Geheimrath Prof. Schwartze, den Dank der ganzen Section für das mühevolle Wirken auszudrücken. Letzterer erwidert denselben und votirt besonders jenen Theilnehmern Dank, welche aus dem Auslande — Dänemark, Schweiz, Oesterreich und Ungarn — gekommen waren, um an den Verhandlungen Theil zu nehmen.

Schliesslich möge noch erwähnt werden, dass Herr Geheimrath Schwartze sämmtliche Mitglieder der Section 2 Mal bewirthete, bei

Digitized by Google

welchen Gelegenheiten der grosse Gelehrte sich als liebenswürdigster Hausherr zeigte, was in zahlreichen Trinksprüchen seine vollste Anerkennung fand.

Mit einem „auf frohes Wiedersehen in Nürnberg“ erfolgte der Abschied.

Intubation des Larynx bei acuten und chronischen Stenosen.

(Casuistische Beiträge.)

Von

Dr. **E. Schmiegelow** (Kopenhagen).

Ich werde mir im Folgenden erlauben, über meine während des letzten Jahres in Bezug auf die Intubation des Larynx gemachten Erfahrungen zu berichten.

Es handelt sich im Ganzen um 12 Fälle, hiervon waren 4 acute Stenosen (Croup), die anderen 8 waren chronische Verengungen. Während die acuten Fälle nur ganz kurz berührt sind, habe ich es für richtig angesehen, die chronischen Fälle etwas ausführlicher zu beschreiben. Im „Ugeskrift for Läger 1890“ habe ich drei Fälle (1 Croup, 1 syphilitische Larynxstenose bei einem Erwachsenen und 1 Larynxpapillom bei einem Kinde) veröffentlicht, so dass ich also bis heute 5 Fälle von Croup und 10 von chronischer Larynxstenose behandelt habe.

I. Acute Stenosen.

1. Am 28. October 1890 wurde ich zu einem 8jährigen Jungen gerufen, welcher seit 8 Tagen an einer ausgebreiteten Schlunddiphtherie mit Schlingbeschwerden litt und in seiner Ernährung bereits sehr herabgekommen war. Er hat danach einen decidirten Croup bekommen, mit klanglosem Husten, keuchender Respiration mit starken Einziehungen der Cardia Ausgedehnter Belag im Rachen. Am 28. October, 4½ Uhr Nachmittags wurde er mit Leichtigkeit intubirt unter Assistenz des Hausarztes Dr. W. Thomsen. Die Respiration war von jetzt an frei, ebenso in den nächsten 2 Tagen, wonach er am 30. October, 7½ Uhr Abends, plötzlich unter allen Symptomen einer acuten Herzparalyse starb. Das Schlucken war nicht beschwerlicher geworden, nachdem die Intubationscanüle eingelegt war.

2. Ein 3jähriges Mädchen wurde am 7. November 1890 auf die III. Abtheilung des Stadtspitals gebracht. Sie war 4 Tage vorher vom Epidemiehospitale entlassen, wo sie mit falschem Croup lag. Bei der Aufnahme hatte sie einen trockenen, bellenden Husten, keuchende Respiration mit Einziehungen im Jugulum, der Cardia und den Intercostalräumen. Sie lag im Spitale im Dampfzelte, hatte intermittirende Respirationsbeschwerden, reichlichen, purulenten Ausfluss aus der Nase und ab und zu Nasenbluten; aber während ihres ganzen Hospitalaufenthaltes keinen Belag im Rachen. Die Temperatur variirte von 38 – 39°. Die

Digitized by Google

Respirationsbeschwerden nahmen am 13. November stark zu, so dass die Pat. um 4 Uhr Nachmittag intubirt werden musste. Die Canüle wurde während der 5 Tage, wo sie intubirt war, 3 Mal ausgehustet. Geheilt entlassen. Die Ernährung ging während der Intubation leicht von Statten.

3. Ein 9 Monate altes Kind erkrankte am 11. November 1890 mit ausgesprochenen Croupsymptomen. Am 13. Novbr., Morgens 4½ Uhr, wurde intubirt. Kein Belag in den Fauces. — Nach der Intubation wurde Schleim und Membranen ausgehustet. Das Kind schlief gleich ein und die Respiration blieb frei. Gegen Abend fing die Respiration wieder an, schlecht zu werden, und der Hausarzt, Dr. Timmermann, extubirte den Patienten; aber die Respiration wurde immer schlechter, und das Kind starb unter zunehmendem Collaps gegen 9½ Uhr Abends unter Symptomen eines descendirenden Croups. Die Tuba war bei der Herausnahme vollständig frei.

4. Ein 13 Monate alter Junge wurde am 22. November, Morgens 9½ Uhr, wegen Croup intubirt, wonach die Respiration frei wurde. Das Schlucken ging nachher leicht vor sich — Am folgenden Tage stieg die Temperatur bis 39,5°, es entwickelte sich eine linksseitige Pneumonie, woran er am 24. November, 10 Uhr Abends, starb. Die Respiration war Seitens des Larynx bis zum Tode vollständig frei.

Epicrise. Wie ersichtlich, handelte es sich in allen diesen Fällen um Kinder im Alter von 9 Monaten bis 8 Jahren. Die Ursache der Stenose war in 3 Fällen diphtheritische Laryngitis, während bei Fall 2 die Natur des Leidens ziemlich zweifelhaft war. Man konnte bei der laryngoscopischen Untersuchung nur Schwellung und Röthe der Schleimhaut im Aditus laryngis constatiren; das Kind, welches nur 3 Jahre alt war, erlaubte keine genauere Untersuchung, und ich war nicht im Stande, das Innere des Larynx zu übersehen. Der Grund, der für die Möglichkeit eines subacuten diphtheritischen Processes im Larynx in diesem Falle spricht, ist der Umstand, dass das Kind während der ganzen Krankheit an reichlichem purulenten Ausfluss aus der Nase und ab und zu an spontan auftretendem Nasenbluten litt. Man denkt hierbei unwillkürlich an die Möglichkeit, dass das Nasenleiden diphtheritischer Natur gewesen sei, obgleich es nie gelang, das Vorhandensein von Membranen zu constatiren. Solche „latente", langsam verlaufende Diphtheritiden kennt man, und einige sind auch beschrieben, u. A. von Emanuel Holt*), welcher einige Fälle von „Obscure nasal diphtheria" mittheilt, wo sich bei Kindern purulente Aussonderungen und Blutungen in der Nase entwickelten, ohne dass sich Membranen zeigten. Die Natur des Leidens wurde erst am 29. Tage der Krankheit aufgeklärt, an welchem universelle Oedeme auftraten und darauf lethaler Ausgang. Bei der Section fand man im Nasenrachenraume eine diphtheritische Membran von einem Zoll im Diameter.

Von den 4 Kranken starben 3, nur die im Fall 2 wurde geheilt. Die Ursache des Todes war in keinem Falle durch die Intubation bedingt, sondern muss in anderen Umständen gesucht werden.

In dem ersten Falle war der Tod durch Herzparalyse verursacht. Der Patient, 8 Jahre alt, war, als die Croupanfälle eintraten, von einer

*) New-York. Med. Journal, 31. Mai 1890.

Digitized by Google

Schlunddiphtheritis, welche 10 Tage gedauert hatte, sehr mitgenommen. Die Intubation that ihren Nutzen, schnell und leicht wurde das Hinderniss gehoben und die Respiration ging leicht, bis der Pat. 51 Stunden später unter allen Symptomen einer Herzparalyse collabirte.

Im dritten Falle wurde der Tod durch Descendiren des diphtheritischen Processes in die Lungen verursacht. Das Kind war nur 9 Monate alt, weshalb die Intubation der Tracheotomie vorgezogen wurde. Nach der Intubation wurde die Respiration gleich frei, aber 12 Stunden nachher traten Zeichen des descendirenden Processes ein und das Kind starb 17 Stunden nach der Intubation, nachdem es 1½ Stunden vor dem Tode extubirt worden, ohne dass sich die Respiration dadurch besserte.

Im Fall 4, welcher auch mit dem Tode endete, war die Todesursache eine Pneumonie, welche sich einen Tag nach der Intubation entwickelte. Das Kind war 13 Monate alt und der Fall verlief gut, bis die Zeichen der Pneumonie auftraten, welche 1½ Tage nachher den Tod verursachte. — Das Kind war im Ganzen 2½ Tage (60 Stunden) intubirt.

Im Ganzen habe ich, den im vorigen Jahre mitgetheilten Fall*) mit eingerechnet, 5 Fälle von diphtheritischer Larynxstenose intubirt, doch darf der oben beschriebene Fall 2 nur bedingt als diphtheritisch aufgefasst werden, und das Resultat war 2 Mal Genesung (40 pCt.) und 3 Mal Tod (60 pCt.).

Die Zahlen sind selbstverständlich zu klein, um eine correcte Auffassung der Operationsresultate darauf zu basiren, aber vergleicht man diese Resultate mit denjenigen, zu welchen andere Verfasser, durch Behandlung einer grösseren Anzahl Fälle, gekommen sind, so findet man, dass meine Zahlen, wenn auch zufälliger Weise, ein ganz correctes Bild des wirklichen Verhältnisses geben.

Wie die Methode jetzt vorliegt, zeigen die Aerzte indessen keine rechte Lust, sie aufzunehmen, man schreckt vor den scheinbaren Schwierigkeiten zurück, welche die Methode, theoretisch gesehen, besitzt, aber welche practisch sich als sehr übertrieben zeigen. Man weigert sich, eine gute alte Methode, die Tracheotomie, aufzugeben, welche trotz der damit verbundenen Gefahren (Blutverlust, secundäre Infection etc.) doch eine grosse Anzahl Crouppatienten zu retten im Stande war, um an ihrer Stelle eine neue Methode zu versuchen, welche nicht den Vortheil hat, der Tracheotomie in curativer Hinsicht absolut überlegen zu sein. Man kann dazu nichts sagen, in den meisten Fällen bleibt es eine Geschmackssache, ob man bei einer diphtheritischen Laryngitis Tracheotomie oder Intubation anwenden will.

Es giebt indessen Fälle, wo die Intubation absolut vorzuziehen ist und wo man nur durch Anwendung derselben das Individuum retten kann. Ich meine bei Patienten, zu denen man so zu sagen im letzten Augenblick gerufen wird, wo die Asphyxie einen solchen Grad erreicht hat, dass man jeden Augenblick den Exitus lethalis erwarten kann. Unter solchen Verhältnissen, wo man das Leben des Patienten nach Secunden berechnen kann, wird eine Tracheotomie kaum viel nützen, wogegen eine Intubation, die man mit der grössten Leichtigkeit in einigen

*) Ugeskrift for Läger 1890.

Digitized by Google

Secunden ausführen kann, die beste Chance hat, den Patienten über die kritische Periode hinüber zu helfen und es allenfalls möglich zu machen, nachher eine reguläre Tracheotomie auszuführen. Ueberall in den Annalen der Tracheotomie und aus eigener Erfahrung kennt man Beispiele von Tracheotomieen, welche zu spät ausgeführt wurden, um den Patienten zu retten, und viele dieser Fälle wären einem solchen Ausgange entgangen, wenn man die Intubation gekannt und angewandt hätte. In diesem Jahre hat Moll*) die Aufmerksamkeit darauf geleitet, indem er 2 Fälle mittheilt, von welchen der erste ein Kind betraf, welches in einem äusserst mitgenommenen Zustande in's Spital kam und bei welchem die Krankenpflegerin künstliche Respiration einleiten musste, bis Moll im Laufe einer halben Stunde herbeigerufen wurde. Er intubirte gleich, ohne andere ärztliche Hilfe, und 2 Minuten nachher athmete das Kind ruhig, trank Wein und war, für diesmal wenigstens, gerettet. In dem anderen Falle glaubte Dr. Moll, als er eintrat, dass er es mit einem wirklich todten Kinde zu thun hätte. Er intubirte gleich, leitete die künstliche Respiration ein, und nach einiger Zeit glückte es, das Kind zum Athmen zu bringen.

In Anbetracht solcher Fälle scheint es mir gerathen, die Methode einzuüben, um selbst in den Spitälern, wo man in der Tracheotomie das einzige Mittel sieht, Crouppatienten zu retten, bei dräuender Gefahr des Erstickens von der in Rede stehenden Behandlungsweise Nutzen zu ziehen.

(Fortsetzung folgt.)

II. Referate und Recensionen.

a) Rhinologische:

Ueber das Ulcus septi nasi perforans. Von W. Freudenthal, New-York. (New-Yorker Medicin. Monatsschrift, Mai 1891.)

Verf. ist der Ansicht, dass das perforirende Geschwür der Nasenscheidewand aus traumatischen Ursachen entstehe. Er hatte Gelegenheit, in der New-Yorker deutschen Poliklinik 3 derartige Fälle in verschiedenen Stadien zu beobachten.

1. Fall. 12jähriges Mädchen — Blutungen aus der Nase. Grauweisse Verfärbung am vorderen Theile der Cartilago quadrangularis, oberflächliche Ulceration. Die Umgebung des Geschwüres stark geschwollen und injicirt, also erstes Stadium der Geschwürsbildung nach Hajek. Einfache adstringirende Behandlung brachten das Geschwür zur Verheilung.

2. Fall. 60jährige Frau wurde nur ein Mal von Fr. gesehen. Litt vor 2 — 3 Jahren an Verstopfung der Nase und wurde damals von einem Collegen behandelt. Jetzt dieselben Beschwerden. An der bekannten Stelle der Cartil. quadr. sieht man eine Delle, in die man etwa die Kuppe des kleinen Fingers hineinlegen kann. Deutliche Narben,

*) Moll: Mon expérience sur l'intubation d'après O'Dwyer. Revue de Laryngologie etc., 15. October 1891, pag. 609.

Digitized by Google

Schleimhaut sehr dünn. Die Umgebung erscheint normal. „Die Frau giebt auf Befragen an, dass sie früher oft mit dem Finger in der Nase gebohrt hätte, namentlich als sie zum ersten Male die starke Verstopfung in der Nase hatte. Wir glauben daher, dass sie sich durch diese Manupulationen selbst ein Ulcus erzeugt hatte, das nach Beseitigung der behinderten Nasenathmung — zum Stillstand gekommen und ausgeheilt ist. Es ist dies also ein sehr seltener Fall, wo ein traumatisches Ulcus der Nasenscheidewand nicht zur Perforation geführt hat, sondern vorher durch Vernarbung ausgeheilt ist."

3. Fall. 65jähriger Tischler. Seit 7 Jahren Infraorbital-Neuralgie. Wurde vor 2 Jahren vom Verf. zum ersten Male gesehen. Sehr nervöser Mensch, der fortwährend mit dem Finger in oder an der Nase herumarbeitete Cauterisationen der unteren Muschel halfen nichts und Patient verschwand aus der Behandlung. Kam vor einem Jahre auf kurze Zeit wieder. Schmerzen wurden heftiger, so dass er nicht mehr arbeiten konnte. Als Pat. in diesem Jahre zum dritten Male in die Behandlung kam, bemerkte Fr. zu seinem Erstaunen eine vollständig ausgebildete Perforation der knorpeligen Nasenscheidewand. Es unterlag keinem Zweifel, dass Patient durch das beständige Bohren mit dem Finger sich zunächst ein Ulcus beigebracht hatte, aus dem dann die Perforation entstanden war. Diese war oval und von links unten nach rechts oben gerichtet, also gerade in der Richtung, wie er mit dem Finger bohrte.

Von Lues konnte in diesem Falle eben so wenig, wie in den beiden anderen etwas nachgewiesen werden. Autoreferat.

Electrolyse der Nasenscheidewand. (Electrolyse de la cloison des fosses nasales.) Von Dr. Peyrissac. (Revue de laryngol. No. 9, 1891.)

Die electrolytische Behandlung der Protuberanzen der knöchernen und knorpeligen Nasenscheidewand ist mit Erfolg von Miot, Garel und Moure angewandt worden. Verf. erzählt einen auf diese einfache und leichte Art behandelten Fall: Genaue Beschreibung der 25 Minuten dauernden Operation, Heilung. Dr. P. K.

Einfache und leichte Methode, die Nasenpolypen zu entfernen. (Un procédé simple et facile d'extraction des polypes du nez.) Von Dr. Kurz. (Semaine médicale und Revue de laryngol. No. 6, 1891.)

Wenn man keine Instrumente in die Nase einführen kann, soll man mittelst einer Bellocq'schen Röhre drei in gewisser Entfernung an einem Bindfaden befestigte Schwämme durch den Mund von hinten nach vorne durch den Nasenrachenraum nach aussen befördern. Die Polypen werden durch Reiben entfernt. Dr. P. K.

Bromäthyl bei Operation der adenoiden Geschwülste des Nasenrachenraumes. (De l'emploi du bromure d'Ethyle comme anesthétique pour l'opération des végétations adénoides du pharynx nasal chez l'enfant.) Von Dr. Boyals. (Thèse de Paris und Revue de laryngologie No. 9, 1891.)

Von Moritz Schmidt eingeführt, bewährt sich diese Methode am besten wegen ihrer Gefahrlosigkeit und der Leichtigkeit der Operation. Man soll das Gottstein'sche Messer anwenden. Dr. P. K.

Digitized by Google

Nasenbluten bei Nierenkrankheiten. (De l'épistaxis dans le mal de Bright.) Von Dr. Saverny. (Thèse de Paris und Revue de laryngol. No. 9, 1891.)

Drei Factoren bedingen dasselbe: Die Dyscrasie, die Arteriosclerose der Nasengefässe und die Herzhypertrophie. Kommen nur ganz im Anfang und am Ende des Morbus Brightii vor; in ersterem Falle von diagnostischer Bedeutung. Locale Behandlung, besonders aber Milchdiät.

Dr. P. K.

Hypertrophie des hinteren Segmentes der Mucosa der Nasenscheidewand und Stimmstörungen. (Hypertrophie de la muqueuse du segment postérieur de la cloison et troubles de la voix.) Von Dr. Raulin. (Revue de laryngol. No. 9, 1891.)

Die Stimmstörungen können mechanischer oder reflexer Natur sein. Verf. giebt zwei Krankengeschichten, wo nach galvanocaustischer Zerstörung der am hinteren Rande des Septum nasale gelegenen Wülste die Stimme wieder denselben Klang und dieselbe Stärke erhielt. Diese Beobachtungen sind für Sänger und Redner von Wichtigkeit.

Dr. P. K.

Ueber die Cysten des oberen Nasenrachenraumes. (Les kystes de la voûte du pharynx.) Von Dr. Raulin. (Revue de laryngol. No. 17, 1891.)

Verf. betont die Seltenheit dieser Fälle und behauptet, es sei noch keine Monographie über den Gegenstand geschrieben worden. Gestützt auf zwei von ihm beobachtete Beispiele und auf die bestehende Literatur, macht Verf. den ersten Versuch auf diesem Felde. Er giebt Geschichte, Vorkommen, Aetiologie, pathologische Anatomie, Pathogenese, Symptomatologie, Diagnose, Prognose nebst Behandlung. Dr. P. K.

---

b) Pharyngo-laryngologische:

Die Rolle des Gaumensegels während des Athmens. (Du rôle du voile du palais dans la respiration.) Von Dr. Couetoux. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 3, 1891.)

Das Athmen findet durch die Nase allein oder durch den Mund allein, nie durch beide zugleich statt (Smester). Verf. beschreibt die Stellung des Gaumensegels im Zustand der Ruhe, während der Emission der Nasenlaute und drittens während Offenstehen des Mundes. Die vom Verf. gezogenen Schlüsse sind von Wichtigkeit für den Catheterismus der Tuba, für das Gurgeln, für die Nasendouche, für das Schlafenlegen der Kinder. Dr. P. K.

Trichinose der Zungen- und Larynxmuskeln. (Trichines des muscles de la langue et du larynx) Von Dr. Finley. (Journal of Laryngol. and Rhin. und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 3, 1891.)

Eine 45jährige Frau hat eingekapselte Trichinen im Larynx und in der Zunge, sonst nirgends am Körper; sie wurden während des Lebens nicht erkannt, Patientin war an Urämie zu Grunde gegangen.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Primäres Zungenerysipel. (Erysipèle primitif de la langue.) Von Dr. Garel. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 5, 1891.)

Ein 35jähr. Mann bekommt Zungenerysipel, welches sich dann erst auf den Rachen, die Choanen, die Nase und endlich das Gesicht fortsetzte; nachher wurden die Ohren und die Kopfhaut ergriffen. Heilung.

Dr. P. K.

Mandelentzündung mit nachfolgender Bronchopneumonie und Pleuritis. Tod. (Amygdalite suivie de bronchopneumonie et de pleuresie. Mort.) Von Dr. Féréol. (La semaine médicale u. Société médicales des hôpitaux, Mai 1891.)

Ein 68jähriger Mann litt an linksseitiger Amygdalitis; rechtsseitige Bronchopneumonie und Pleuritis folgten. Seltener Befund.

Dr. P. K.

Behandlung von hypertrophirten Tonsillen mittelst Ignipunctur. (Treatment of Hypertrophied Tonsils by Means of Ignipuncture.) Von Gilbert J. Cullen, Cincinnati, O. (Weekly Med. Review, 8. August 1891.)

Für alle Fälle, wo eine gefahrbringende Blutung zu befürchten ist, oder wo man das Tonsillotom wegen der besonderen Lage der Tonsille nicht anwenden kann, empfiehlt Verf. warm die galvanocaustische Schlinge resp. den Spitzbrenner. W. Fr. (N.-Y.)

---

4 Fälle von Mandelschanker. (Quatre observations de chancre syphilitique de l'amygdale.) Von Dr. Karl Szadek. (Revue de laryngol. No. 7, 1891.)

Alle Männer und immer die rechte Mandel betreffend. Diagnose leicht. Verf. nimmt die Infection nicht durch directen Contact, sondern durch den Speichel an. Dr. P. K.

---

5 Fälle von Mandelschanker. (Cinq nouveaux cas de chancre de l'amygdale.) Von Dr. Malm und Dr. Juell. (Revue internationale des sciences méd. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 11.)

Verf. erzählen 5 Fälle, bei welchen die Diagnose oft schwer war; bei einem derselben zweifelte man sogar an Epithelioma. Bei allen war Anfangs submaxilläre Drüsenschwellung und die secundären Erscheinungen traten in der gewöhnlichen Zeit ein. Alle waren durch Infection, durch Pfeifen, Gläser und Küchengeschirr entstanden. Dr. P. K.

Infectiöse Angina, zur Lähmung des Nervus phrenicus und vagus führend. (Angine infectieuse ayant donné lieu à des paralysies du nerf phrénique et du pneumogastrique.) Von Dr. Rendu. (Semaine médicale und Société médicale des hôpitaux, Mai 1891.)

Zeichen eines infectiösen Pharynxabscesses. Schmerzen im Epigastrium und am Diaphragma. Zeichen von Neuritis des Phrenicus und des Pneumogastricus; drohender Collapsus und Brechen. Excitirende Behandlung half, die Phrenicuslähmung dauerte noch 6 Wochen. Keine Albuminurie. Heilung ging sehr langsam von Statten. Dr. P. K.

Digitized by Google

Langdauernde subacute infectiöse Amygdalitis. (L'infection amygdalienne subaigue prolongée.) Von Dr. Legendre. (Le concours médical und Revue de laryngol. No. 15, 1891.)

Gestützt auf zwei Beispiele, behauptet Verf., dass es ausser der acuten infectiösen Angina noch eine subacute giebt, welche sich durch Anschwellen der Halsganglien, Albuminurie, gestörtes Allgemeinbefinden, gastrische Erscheinungen etc. etc. kundgiebt. Dr. P. K.

Neues Amygdalotom. (Nouvel amygdalotome.) Von Dr. Duzae. (Lyon médical und Revue de laryngol. No. 15, 1891.)

Scheerenförmiges und auch als Scheere functionirendes Amygdalotom. Dr. P. K.

Gute Wirkung des Pilocarpin bei schwerem Glottisoedem. (Heureux effets de la pilocarpine dans un cas grave d'oedème de la glotte.) Von Dr. Suarez de Mendosa. (Revue de laryngol. No. 16, 1891.)

Starkes Glottisoedem, welches die Tracheotomie zu erheischen schien. Sechs Tropfen einer 5procent. Pilocarpinlösung, also ungefähr 12 Milligramm, brachten Erleichterung; dann wurden in 1/4 stündlichen Pausen 8 resp. 5 Milligramm eingespritzt. Heilung. Dr. P. K.

Spasmus glottidis. (Le spasme de la glotte.) Von Dr. Gay. (Brit. med. Journal und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 3, 1891.)

Das Uebel ist ganz einfach eine Respirationsconvulsion, dessen Ausgangspunkt das Centrum, von dem die Adduction der Stimmbänder ausgeht, bildet. Bei Kindern nämlich sind die Functionen der Respirationsorgane am ausgebildetsten und dem Willen am wenigsten unterworfen; zudem ist der Larynx relativ wenig bei Kindern entwickelt. Dr. P. K.

Innervation des Musculus cricothyroideus. (Innervation du muscle cricothyroidien.) Von Dr. Livon. (Bulletin médical und Revue de laryngologie No. 6, 1891.)

Section des Laryngeus superior beim Hunde bringt momentane Stimmstörung, welche bald wieder verschwindet; der Musculus cricothyroideus ist intact geblieben; letzterer muss also Nervenfasern noch von anders her beziehen. Diese accessorischen Fasern stehen mit dem Plexus pharyngeus in Beziehung, von welchem sie mittelst eines kleinen Fadens entspringen; um den Musculus cricothyreoideus zu lähmen und atrophisch zu machen, muss ausser dem Laryngeus superior auch dieser Faden durchschnitten werden. Beide Nerven sind also unabhängig von einander. Dr. P. K.

Eine Arteria vertebralis im Pharynx sichtbar. (Une artère vertébrale en vue dans le pharynx.) Von Dr. Gellé. (Société française d'otologie et de laryngol., session annuelle 1891 und Revue de laryngol. No. 14, 1891.)

Bei einer 46jährigen, tertiär syphilitischen Frau sah Verf. im Pharynx eine grosse Arterie, welche nicht für die Carotis interna und nicht für

Digitized by Google

die Pharyngea ascendens gehalten werden konnte; man muss die Arteria vertebralis annehmen, welche bekanntlich in Ausnahmefällen erst in der Höhe des fünften, vierten, dritten oder selbst des zweiten Halswirbels in ihren knöchernen Canal eintritt. Dr. P. K.

Pharynxpolyp. (Polype du pharynx.) Von Dr. Langoutte. (Lyon médical und Revue de laryngol. No. 15, 1891.)

Schluckbeschwerden, Erstickungsanfälle, Tracheotomie, Tod durch eitrige Pneumonie. Die Section ergab einen grossen, an der hinteren Pharynxwand sitzenden und den Larynxeingang bedeckenden Polypen. Dr. P. K.

Infectiöser peripharyngealer Abscess. (Phlegmon infectieux péripharyngien.) Von Dr. Sanvineaud. (Bulletin médical und Revue de laryngol. No. 15, 1891.)

Schlingbeschwerden, Oedem der Mucosa, miliare Abscesse, Athembeschwerden, Tod durch Collapsus. Die Section ergab Eiterinfiltration um den Oesophagus, Pharynx und Unterhautzellgewebe des Halses; es könnte sich auch um Ludwig'sche Angina handeln. Dr. P. K.

Beitrag zur Lehre von der subcorticalen motorischen Aphasie und der cerebralen Localisation der Larynxcentren. (Contribution à l'étude de l'aphasie motrice souscorticale et de la localisation cérébrale des centres laryngés.) Von Dr. Déjerine. (Bulletin de la société de Biologie und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 5, 1891.)

Ein Larynxcentrum befindet sich im Gehirn, welches Centrum auf ein einziges Stimmband wirkt, obgleich das andere Centrum intact ist. Verf. beweist dies durch zwei Krankheitsfälle. Semon und Horsley behaupteten nämlich im Gegentheil, dass die Stimme nur gestört sei, wenn beide Centren angegriffen seien. Dr. P. K.

Doppelseitige totale Lähmung der Larynxabductoren. (Paralysie complète bilatérale des muscles abducteurs du larynx.) Von Dr. Mayor. (New-York med. Journal und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 5, 1891.)

Trat nach Meningitis cerebrospinalis ein; die Tracheotomie musste ausgeführt werden. Während 7 Jahren wurde der 17jährige Patient beobachtet. Er erstickte im Schlafe durch Herausfallen der Canüle. Dr. P. K.

Gefensterte, sich von vorne nach hinten öffnende Larynxzange. (Nouvelle pince laryngienne antéropostérieure à feute médiane.) Von Dr. Suarez de Mendosa. (Revue de laryngol. No. 15, 1891.)

Stark, präcis wirkend, leicht übersehbar und leicht handbar. Dr. P. K.

Digitized by Google

Larynxlupus. (Lupus du larynx.) Von Dr. Smith (New-York med. Journal und Annales des mal. de l'oreille et du larynx.)

Gesichtslupus, der eine Rhinoplastik nothwendig machte. Tod nach 14 Jahren an Lungentuberculose. Larynx war durch Lupus infiltrirt und microscopisch nachweisbar. Lungen tuberculös; Milz, Leber, Darm, Nieren amyloid entartet. Es war also ein Fall von allgemeiner Tuberculose in Folge von Hautlupus. Dr. P. K.

Larynxpapillome bei einem dreijährigen Kinde, Operation auf endolaryngealem Wege. (Papillomes laryngiens chez un enfant de trois ans; ablation par la méthode endolaryngée.) Von Dr. Fletcher Ingals. (Journal of American Association und Revue de laryngol. No. 15, 1891.)

Tracheotomie wegen Erstickungserscheinungen; endolaryngeale Exstirpation. Athmen ohne Canüle, Entfernung der letzteren. Schnell eintretende Recidive, zweite Tracheotomie mit folgender Bronchitis, Tod nach zwei Tagen. Hätte man die Canüle nicht zu frühzeitig entfernt, so wäre keine zweite Tracheotomie nothwendig geworden, es wäre keine Bronchitis und mithin der Tod nicht eingetreten. Dr. P. K.

Thyroiditis mit Pneumococcen. (Thyroidite à pneumocoques.) Von Dr. Gérard Marchand. (Cinquième Congrès français de chirurgie und Revue de laryngol. No. 9.)

Spontane eiterige Entzündung der Schilddrüse; die bacteriologische Untersuchung ergab Pneumococcen; diese sind sehr seltene Fälle, während Peritonitis, Pleuritis, Parotitis mit Pneumococcen relativ häufig sind. Dr. P. K.

Eiterige Larynxperichondritis ohne sonstige Erkrankung des Organs. (Périchondrite laryngée suppurée sans affection antérieure de l'organe.) Von Dr. David Newmann. (Brit. med. Journal und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 3, 1891.)

Eine 45jährige Frau behauptet, ihr Leiden durch Erkältung in einem feuchten Bette bekommen zu haben. Husten, eiteriger Auswurf, inspiratorische Dyspnoe: Oedem des Larynxeinganges; Lungen gesund. Tod in einem Erstickungsanfall (!). Die Section ergab unterhalb des rechten Stimmbandes einen kleinen Abscess, welcher bis zum ersten Trachealring sich ausdehnte; Cricoidea nach hinten entblösst. Verf. hat noch zwei ähnliche Fälle von primärer Larynxperichondritis beobachtet. Dr. P. K.

Larynxgumma mit Asphyxie. Behandlung mittelst subcutaner Einspritzungen von Quecksilberpepton. Heilung. (Gomme du larynx déterminant l'asphyxie. Traitement par les injections sous-cutanées de peptonate de Mercure. Guérison.) Von Dr. Polo. (Gazette médicale de Nantes und Revue de laryngologie No. 7, 1891.)

Die nöthig erachtete Tracheotomie wurde verweigert. Am rechten Arme wurden die betreffenden subcutanen Einspritzungen gemacht. — Heilung nach einem Monate. Dr. P. K.

Digitized by Google

Fremdkörper im Larynx mittelst Laryngofissur entfernt. (Corps étranger du larynx extrait par la laryngotomie.) Von Dr. Périer. (Semaine médicale No. 29, 1891.)

Ein 13jähriges Mädchen bekam ein Stück Hammelknochen in den Larynx. Schmerz und Erstickungsanfall, 4 Stunden nachher Tracheotomie; Fremdkörper konnte nicht entfernt werden, Aphonie, Athmung ohne Canüle unmöglich Nach einem Monat Laryngofissur und Extration des Knochens. Es wurde keine Tamponcanüle angewandt und durch die Trachealcanüle chloroformirt, die Blutung wurde mit Erfolg durch Betupfen mittelst mit wässeriger Analgesinlösung (āā) getränkten Tampons gestillt.

Dr. P. K.

Larynxsymptom im Verlaufe des Morbus Brightii. (Un accident laryngé dans le cours du mal de Bright.) Von Dr. Mendel. (Ann. des mal. de l'oreille et du larynx No. 5, 1891.)

Larynxoedem im Verlauf der Albuminurie bei einem 50jährigen Manne, nach 20jähriger Dauer der Krankheit erst eintretend. Es bestand von jeher ein kleiner Tumor in der vorderen Stimmbändercommissur und dieser machte aus dem Larynx einen „Locus minoris resistentiae".

Dr. P. K.

Larynxfractur. (Fracture du larynx.) Von Dr. Clarac. (Gazette des hôpitaux und Revue de laryngologie No. 6, 1891.)

Doppelte Fractur der Cartilago cricoidea; 2 Tage nach dem Unfall kam ein Erstickungsanfall; Tracheotomie half nicht mehr, weil sie zu spät kam. Man soll gleich nach gestellter Diagnose die Tracheotomie ausführen; bei Fractur der Cart. cricoidea soll man die Laryngotomia intercricothyroidea ausführen, weil die Canüle mit dem Schilde zugleich als Contentivverband dient.

Dr. P. K.

Larynxstenose, hervorgebracht durch Medianstellung der Stimmbänder bei einem mit Oesophaguscarcinom behafteten Kranken. (Sténose laryngée causée par l'adduction forcée des cordes vocales chez un malade atteint de cancer de l'oesophage.) Von Dr. Blackmann. (Brit. med. Joarnal und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 3, 1891.)

Ein 51jähriger Mann hat inspiratorische Dyspnoe und Erstickungsanfälle. Hypertrophie der Larynxknorpel. Lungen gesund. Schleimigeitriger Auswurf mit Husten, Phonationsstellung der Stimmbänder. Tod. Oesophaguscarcinom, welches die Recurrentes in Mitleidenschaft zog, Ankylose der Articulationes cricoarytaenoideae. Dr. P. K.

Doppelte Laryngofissur wegen zwei Larynxtumoren. (Laryngofissure double pour 2 tumeurs consécutives du larynx.) Von Dr. Semon. (Journal of Laryngol. and Rhinol. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 3, 1891.)

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) die Operation ist bei allen malignen Larynxtumoren indicirt, wenn letztere genau umschrieben sind; 2) bei zweifelhafter Diagnose ist die Operation noch anzurathen; auch wenn gutartige Tumoren mit breiter Basis aufsitzen, ist die Operation

Digitized by Google

anzurathen; 3) bei Kindern unter 10 Jahren ist sie immer anzurathen; 4) bei malignen Tumoren soll man so frühzeitig als möglich operiren; 5) das gesunde unterliegende Gewebe soll mit exstirpirt werden; 6) bei strenger Antisepsis, genau medianalem Schnitt und genauer Sutur ist keine Lebensgefahr und bleibt die Stimme erhalten. Dr. P. K.

Wirkung des atmosphärischen Druckes auf die Trachea nach ausgeführter Tracheotomie. (Effects de la pression atmosphérique sur la trachée après la trachéotomie.) Von Dr. Gérard. (Pratique médicale und Revue de laryngologie No. 6, 1891.)

Nach ausgeführter Tracheotomie bewirkt der Inspirationsdruck durch Collaps der angeschnittenen Trachealringe Dyspnoe; dies tritt besonders im Momente der Eröffnung der Trachea ein; man soll also die Canüle schnell einführen. Dasselbe kann beim Versuche, die Canüle zu entfernen, eintreten. Verf. räth demnach die Operation so hoch als möglich auszuführen, den Schnitt möglichst klein zu machen und sich eines Instrumentes zu bedienen, welches zugleich schneidet und die Canüle einführt, d. h. eine Canüle, deren innere Canüle durch ein Tracheotom ersetzt ist. Dr. P. K.

Mediastinalabscess nach Tracheotomie. (Abcès du médiastin consécutif à la trachéotomie.) Von Dr. Fromaget. (Journal de médecine de Bordeaux und Revue de laryngol. No. 10, 1891.)

Plötzlicher Tod einige Tage nach der Tracheotomie. Die Section ergab Eiter in der Umgebung der Trachea, des Oesophagus und im hinteren Mediastinum. Verf. glaubt, dass der Tod durch Druck des Eiters auf den Vagus entstanden sei. Dr. P. K.

Ueber Fremdkörper im Larynx. (Sur les corps étrangers du larynx.) Von Dr. Paul Koch. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 5, 1891.)

Ein 6jähriger Knabe bekam beim Essen von Reis und gehacktem Hammelfleisch einen Knochensplitter in den Larynx. Kein Erstickungsanfall. Das Laryngoscop ergab wegen tiefstehender Epiglottis und Unbeweglichkeit der Aryknorpel keine Diagnose; Dyspnoe unbedeutend; selbe nahm während der Nacht zu und am anderen Tage wurde die Tracheotomie nöthig. Athmen gleich nachher normal. Extraction per os gelang nicht; der Knochen wurde mittelst einer in die Trachealwunde eingeführten Zange nach oben aus dem Larynx in den Mund gestossen und mit den Fingern aus dem Munde entfernt.

Verf. betont das häufige Vorkommen von Splittern von Hammelfleischknochen in den obersten Luftwegen; diese Häufigkeit rührt von dem Zerhacken des Fleisches und der unvorsichtigen Bereitungsweise der Speise her. Dr. P. K.

Fremdkörper des Larynx und der Trachea beim Kinde. (Les corps étrangers du larynx et de la trachée chez l'enfant.) Von Dr. Jules Simon. (La clinique und Revue de laryngol. No. 10, 1891.)

Ein 19 Monate altes Kind bekam Erstickungs-Erscheinungen beim Essen von Kastanien. Tracheotomie; erst nach 17 Tagen konnte bei

Digitized by Google

herausgezogener Canüle ein Stück Kastanienschale entfernt werden. Fieber mit Bronchopneumonie, Tod.

Ein 6jähriges Kind ass Meerkrebs und bekam ein Stück Schale in den Larynx. Erstickungserscheinungen. Brechmittel half.

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: Die Tracheotomie ist jeder Expectation vorzuziehen; nach ausgeführtem Trachealschnitt soll man die Canüle nicht gleich einführen, sondern die Wundränder auseinander halten und dem Patienten verschiedene Körperlagen geben; wenn der Fremdkörper auf diese Weise herausbefördert wird, soll man dennoch 2 Tage lang eine Canüle liegen lassen wegen der Blutung und dem Hautemphysem. Wird der Fremdkörper nach ausgeführtem Trachealschnitt nicht ausgeworfen, so soll man eine grosse Canüle einlegen, selbe von Zeit zu Zeit wechseln und dann jedes Mal die Lageveränderungen des Körpers nebst Extractionsversuchen vornehmen, Pat. unter die besten hygienischen Verhältnisse bringen und strenge Antisepsis beobachten.

Dr. P. K.

Fremdkörper während 38 Jahren im Larynx. (Rétention d'un corps étranger dans le larynx pendant 38 ans.) Von Dr. Marick P. Ravenel. (Médical News und Revue de laryngol. No. 10, 1891.)

Ein 45jähriger Mann hatte als 7jähr. Kind eine Nadel verschluckt, welche nicht herausbefördert wurde; im Alter von 38 Jahren fürchteten die Aerzte Lungenphthisis, welche Symptome jedoch vorübergingen, es blieben nur Rauhigkeit der Stimme und continuirliches Hüsteln zurück. Am 29. Januar 1891 kam ein starker Hustenanfall mit Herauswerfen der schwarzgefärbten Nadel; gar kein Blut; die Stecknadel war 2½ Ctm. lang und mit einer 1½ Millimeter dicken Incrustation umgeben; die Spitze war leicht umgebogen. Die beiden symmetrisch an den hinteren Enden beider Taschenbänder gelegenen Wunden lassen schliessen, dass die Stecknadel quer auf dem Larynx auflag. Dr. P. K.

Beitrag zur Lehre von den Larynxmyxomen. (Contribution à l'étude des myxomes du larynx.) Von Dr. Dudefoy. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 4, 1891.)

Aprikosenkerngrosses Myxom am vorderen Drittel des linken Stimmbandes; microscopische Diagnose. Verf. erzählt den Fall genau wegen der Seltenheit solcher Tumoren. Dr. P. K.

Thyreotomie bei einem 18monatlichen Kinde. (A Case of Thyreotomy in a Child Eighteen Months Old.) Von Clinton Wagner, New-York. (The New-Xork Med. Journal, 7. November 1891.)

Ein 18monatliches Kind, das von seinen barbarischen Eltern in den Rocky Mountains im Stich gelassen war, blieb stundenlang Wind und Wetter ausgesetzt, bis es von barmherzigen Mitmenschen aufgenommen wurde. Das Kind wurde bald aphonisch und später auch dyspnoisch. Als W. es zum ersten Male sah, hatte die Dyspnoe einen ziemlich hohen Grad erreicht. Eine laryngoscopische Untersuchung war unmöglich, jedoch kam Verf. bald zu der Ueberzeugung, dass die Ursache des Luftmangels im Larynx lag. Er tracheotomirte also, machte 14 Tage später die Thyreotomie und fand auf dem linken Stimmbande ein erbsengrosses

Digitized by Google

Papillom, das er entfernte. Nach 10 Tagen verliessen die Leute die Stadt und Verf. erfuhr, dass das Kind später gut durch Mund und Nase athmete. 11 Monate nach der Operation erlag es jedoch der Grippe.
W. Fr. (N.-Y.)

Exstirpation eines Larynxhygroma. (Extirpation d'un hygroma du larynx.) Von Dr. Tolmatcleff. (Journal of Laryngol. and Rhin. und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 3, 1891.)

Eine 40jähr. Frau hat seit 6 Jahren einen hühnereigrossen, weichen, schmerzlosen, fluctuirenden, mit den tiefen Theilen verwachsenen Tumor. Probepunction ergab eine hellgelbe Flüssigkeit. Nach der Exstirpation sah man, dass die Cyste von einem ringförmigen, auf der Seitenwand des Larynx aufsitzenden Papillom herstamme; das Papillom wurde mittelst der Scheere entfernt, die Basis mit dem Thermocauter gebrannt, die profuse Blutung mittelst Eis und Tamponade gestillt. Heilung in 26 Tagen.
Dr. P. K.

Ueber Thyroidectomie. (De la thyroidectomie.) Von Dr. A. Reverdin. (Cinquième Congrès français de chir. und Revue de laryngol. No. 9, 1891.)

Verf. erwähnt 14 von ihm operirte Fälle, von denen nur 1 tödtlich endete; letzterer Patient hatte eine ganz erweichte Trachea; es ist überhaupt der einzige dem Verfasser Verstorbene. Bei kleinen Kindern soll man nicht operiren, man soll nie die Totalexstirpation vornehmen; immer soll das gesunde Gewebe geschont und das kranke entfernt werden. Ein grosser, linealer, am vorderen Rande des Sternomastoideus geführter Schnitt genügt gewöhnlich. Also partielle Exstirpation oder die von Luigi Porta zuerst ausgeführte und neuerdings von J. Reverdin eingeführte Enucleation sollen nur ausgeführt werden. Verf. beschreibt nun seine Methode.
Dr. P. K.

Nützliche Schlussfolgerungen aus einem Fall von narbiger Contraction des Larynx mit ungewöhnlichen klinischen Erscheinungen. (Useful Deductions Derived from the Study of a Case of Cicatricial Coutraction of the Larynx Possessing Unusual Clinical Features, with Exhibition of Specimen.) Von W. C. Jarvis, New-York. (The New-York Med. Journal, 7. November 1891.)

J. berichtete folgenden interessanten Fall vor der laryngologischen Gesellschaft von Amerika: Ein 60jähriger Mann, der in seinem zwanzigsten Lebensjahre luetisch inficirt worden war, litt an plötzlich auftretenden asthmatischen Anfällen. Seine Sprache war rauh, angestrengt, aber leicht verständlich. Vor 10 Jahren waren wiederum Symptome von Lues in der Nase aufgetreten, wo colossale Verwüstungen vor sich gingen. Diese interessiren uns jedoch hier weiter nicht.

Die Epiglottis bot den Anblick von einem kleinen narbegewebigen Stumpf dar. Die Aryknorpel waren nur noch unkenntliche knorpelige Ueberreste ihrer früheren Gestalt und die Rima glottidis war kreisrund und nicht grösser, als der Querdurchmesser eines Streichholzes! Durch eine solche Oeffnung athmete Pat. noch über 2 Jahre lang. — Die wiederholten schweren Erstickungsanfälle waren nach Ansicht des Verf. hervorgebracht 1) durch kleine Nahrungs-Partikelchen,

Digitized by Google

welche in den durch keine Epiglottis geschützten Larynx leicht hineingelangen konnten (? Ref.), 2) durch einen Spasmus laryngis, der in Folge der besonderen Trockenheit der Larynx-Schleimhaut entstand, 3) durch herabfliessenden Schleim und 4) durch wiederholte subacute Entzündung der Larynx-Schleimhaut selber. Um Trockenheit zu verhüten, bekam Pat. einen Apparat mit comprimirter Luft, mit Hilfe dessen er sich selbst die verschiedensten fettigen Substanzen in den Larynx brachte. Am besten wirkten Inhalationen von geschmolzenem Vaselin. Ausserdem bekam er natürlich Jodkalium. Auf diese Weise erhielt Verf. den Pat. über 2 Jahre lang in leidlich gutem Zustande, worauf die Symptome sich steigerten und Tracheotomie angerathen wurde. — Verf. hielt die Intubation wegen zu grosser Enge der Glottis für contraindicirt. — Patient liess sich jedoch nicht tracheotomiren und starb bald darauf an einer acuten Gastro-Enteritis.

W. Fr (N.-Y.)

INHALT.

I. Originalien: Hansberg: Beitrag zur Sinusthrombose. — Szenes: Bericht über die Verhandlungen der Abtheilung für Ohrenheilkunde der 64. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte in Halle a. S. 1891 (Schluss). — Schmiegelow: Intubation des Larynx bei acuten und chronischen Stenosen. — II. Referate und Recensionen: a) Rhinologische: Freudenthal: Ueber das Ulcus septi nasi perforans. — Peyrissac: Electrolyse der Nasenscheidewand. — Kurz: Einfache und leichte Methode, die Nasenpolypen zu entfernen. — Boyals: Bromäthyl bei Operation der adenoiden Geschwülste des Nasenrachenraumes. — Saverny: Nasenbluten bei Nierenkrankheiten. — Raulin: Hypertrophie des hinteren Segmentes der Mucosa der Nasenscheidewand und Stimmstörungen. — Raulin: Die Cysten des oberen Nasenrachenraumes. — b) Pharyngolaryngologische: Couetouz: Die Rolle des Gaumensegels während des Athmens. — Finley: Trichinose der Zungen- und Larynxmuskeln. — Garel: Primäres Zungenerysipel. — Féréol: Mandelentzündung mit nachfolgender Bronchopneumonie und Pleuritis. — Cullen: Behandlung von hypertrophirten Tonsillen mittelst Ignipunctur. — Szadek: 4 Fälle von Mandelschanker. — Rendu: Infectiöse Angina, zur Lähmung des Nervus phrenicus und vagus führend. — Malm und Juell: 5 Fälle von Mandelschanker. Legendre: Langdauernde subacute infectiöse Amygdalitis. — Duzac: Neues Amygdalotom. — Mendosa: Gute Wirkung des Pilocarpin bei schwerem Glottisoedem. — Gay: Spasmus glottidis. — Livon: Innervation des Musculus cricothyroideus. — Gellé: Eine Arteria vertebralis im Pharynx sichtbar. — Langoutte: Pharynxpolyp. — Sanvineaud: Infectiöser peripharyngealer Abscess. — Déjerine: Beitrag zur Lehre von der subcorticalen motorischen Aphasie und der cerebralen Localisation der Larynxcentren. — Mayor: Doppelseitige totale Lähmung der Larynxabductoren. — Mendosa: Gefensterte, sich von vorne nach hinten öffnende Larynxzange. — Smith: Larynxlupus. — Ingals: Larynxpapillome bei einem 3jährigen Kinde, Operation auf endolaryngealem Wege. — Marchand: Thyroiditis mit Pneumococcen. — Newmann: Eiterige Larynxperichondritis ohne sonstige Erkrankung des Organs. — Polo: Larynxgumma mit Asphyxie. Behandlung mittelst subcutaner Einspritzungen von Quecksilberpepton. — Périer: Fremdkörper im Larynx mittelst Laryngofissur entfernt. — Mendel: Larynxsymptom im Verlaufe des Morbus Brightii. — Clarac: Larynxfractur. — Blackmann: Larynxstenose, hervorgebracht durch Medianstellung der Stimmbänder bei einem mit Oesophaguscarcinom behafteten Kranken. — Semon: Doppelte Laryngofissur wegen zwei Larynxtumoren. — Gérard: Wirkung des atmosphärischen Druckes auf die Trachea nach ausgeführter Tracheotomie. — Fromaget: Mediastinalabscess nach Tracheotomie — Koch: Fremdkörper im Larynx. — Simon: Fremdkörper des Larynx und der Trachea beim Kinde. — Ravenel: Fremdkörper während 38 Jahren im Larynx. — Dudefoy: Beitrag zur Lehre von den Larynxmyxomen. — Wagner: Thyreotomie bei einem 18monatlichen Kinde. — Tolmatcleff: Exstirpation eines Larynxhygroma. — Reverdin: Ueber Thyroidectomie. — Jarvis: Nützliche Schlussfolgerungen aus einem Fall von narbiger Contraction des Larynx mit ungewöhnlichen klinischen Erscheinungen.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien 1, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Univers.
Wien

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie an d. Universität
München

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor und Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität **Wien**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXVI. **Berlin, Februar 1892.** **No. 2.**

Fr. E. Weber-Liel.

Ich bin ihm vor Jahren näher getreten, ich habe ihn in seiner wissenschaftlichen Thätigkeit gesehen, habe seine Freundlichkeit und Güte erfahren und deshalb fühle ich das Bedürfniss, in dankbarer Erinnerung seinem Geiste die letzte Ehre zu zollen, in der Erscheinungen Flucht das Bild des Mannes zu sichern, wie es jetzt dasteht noch in frischer Erinnerung und geklärt von dem Hauche dankbarer Stimmung.

Friedrich Weber-Liel wurde am 19. October 1832 zu Coblenz geboren. Seine Eltern waren der Kammer-Präsident Joseph Weber und Franziska von Liel. Seine Jugend verbrachte er in Coblenz, wo er das Gymnasium besuchte und beim Abiturienten-Examen im Jahre 1850 durch den besten Aufsatz sich so auszeichnete, dass er denselben der verstorbenen Kaiserin Augusta vortragen musste. Seine Universitätsstudien verbrachte er in Bonn, Heidelberg und Würzburg. Seine erste Assistentenstelle erlangte er in Bonn bei Professor Kilian. Bald siedelte er nach Berlin über, wo er auch mit Alexander v. Humboldt näher bekannt wurde und später im Laboratorium von Helmholtz viel thätig war. Im Jahre 1872 verehelichte er sich mit Fräulein

Digitized by Google

Addie Bonney; im selben Jahre wurde er Docent an der Berliner Universität, wo er bis zum Jahre 1884 verblieb, in welchem Jahre er als Professor nach Jena berufen wurde. Daselbst blieb er bis 1886, legte seine Professur gesundheitshalber nieder und zog sich auf sein Gut Vallendar zurück. Sich besser fühlend, übersiedelte er nach 3 Jahren nach Bonn, wo er bis zum vorigen Jahre thätig war, dann, von der Influenza schwer heimgesucht, seine Praxis niederlegen musste, bis er am 28. November 1891 einem 10jährigen chronischen Leberleiden erlag.

Wir haben ihn 20 Jahre in dieser Zeitschrift wirken gesehen, in der Zeit seines noch kräftigen Mannesalters.

In der langen Reihe tonangebender Namen, welche die Annalen dieser Zeitschrift seit ihrem Entstehen zieren, ist der seinige einer der besten gewesen, der es verdient, dass wir auf das noch frische Grab den Kranz unserer Anerkennung niederlegen. Mögen Einzelne im Einzelnen von seinen Lehren abweichen, mögen die Meinungen auseinandergehen in der Werthschätzung der verschiedenen Arbeiten, mit denen er uns beschenkte, darin müssen Alle übereinstimmen, dass er dazu beigetragen, die Bahnen vorzuzeichnen und zu eröffnen, auf denen sich die heutige Otiatrie bewegt, und dass er, einer der Ersten unter den Modernen, den Geist und das Streben derselben in sich verkörpert hat.

Uns Jüngeren fällt es in der That schwer, eine klare Vorstellung von dem Zustand der otologischen Anschauung zu der Zeit zu erhalten, als Weber-Liel mit jugendlicher Begeisterung und innerster Ueberzeugung in die Schranken einer Arena trat, die mit einem Gemisch von Mystik und Autoritätsglauben, Rationalismus und krassem Empirismus erfüllt war. Es hat in der ersten Hälfte unseres Jahrhunderts in der ohrenärztlichen Welt sehr sonderbar ausgesehen. Auf der einen Seite war man jeder streng naturwissenschaftlichen Methode beinahe ganz bar und andererseits erging man sich auf dem unsicheren Boden haltloser Speculationen. Die pathologische Anatomie, die physikalische Methode, die Physiologie standen noch in äusserst lockerem Zusammenhang mit der eigentlichen Ohrenheilkunde, und Microscopie und alle anderen wissenschaftlichen Behelfe haben in ihr wenig Anwendung gefunden.

Um diese Zeit traten die Begründer der neueren Ohrenheilkunde, deren grössere Zahl wir das Glück haben, noch jetzt emsig und erfolgreich an der Arbeit zu sehen, unter ihnen auch Weber-Liel auf. Mit einer Reihe beachtenswerther Arbeiten hilft er die naturwissenschaftliche Methode in die Ohrenheilkunde einzubürgern und die neue Richtung wirkungsvoll zu propagiren. Um das letztere erfolgreicher thun zu können, wurde auf seine Initiative im Vereine mit den jetzigen Herausgebern 1867 diese Monatsschrift gegründet, welche nunmehr als das verbreitetste Fachjournal seiner Art erscheint.

Digitized by Google

Es liegt ganz ausserhalb dieser Zeilen — welche nichts Anderes sein wollen, als der Trauergruss eines theilnehmenden Collegen und Freundes —, in die Details aller Arbeiten Weber-Liel's einzugehen. Kennen wir doch alle die Resultate seiner rastlosen Arbeitskraft, seines Verstandes und seiner scharfen Beobachtungsgabe, die er in dieser Monatsschrift niedergelegt. Drei seiner Schriften müssen wir doch speciell hervorheben, nämlich: Die Untersuchungen, die er im Laboratorium von Helmholtz „über den Zusammenhang des Arachnoidalraumes mit dem Labyrinthe" ausführte, ferner seine Arbeit über „Die Durchschneidung der Sehne des Tensor tympani" und sein Werk „Ueber das Wesen und die Heilbarkeit der häufigsten Form progressiver Schwerhörigkeit". Diese drei Arbeiten haben eine bedeutende Anregung zu weiteren Forschungen gegeben, und namentlich die zwei letzteren haben dahin geführt, dass eine ganze Reihe von consecutiven Ohrenkrankheiten näher studirt worden ist. Die Arbeit über den Zusammenhang des Subarachnoidalraumes mit dem Gehörlabyrinthe kann mit Recht ein Muster academischer Dissertationen genannt werden, die ihren Werth für immer behalten wird. In der That war er noch damals ein Mann der Wissenschaft, erfüllt und durchdrungen von ihren höchsten Principien, unablässig trachtend nach ihrer werkthätigen Verwirklichung, eifrig im Suchen, Lernen und Forschen, streng gerecht gegen sich und Andere. Wenn manche seiner Publicationen von ihm selbst überschätzt und in der Folge deren Inhalt widerlegt wurde, so kann uns das um so weniger befremden, da sein erstes Auftreten zur Zeit der otiatrischen Sturm- und Drangperiode geschah und es auch bei Anderen vorkam, dass wegen der zu raschen Ausführung der guten Idee Abbruch geschah. Immerhin muss Weber-Liel als einer Derjenigen anerkannt werden, welche zur Entwickelung der neueren Ohrenheilkunde wesentlich beitrugen, und es soll dies um so mehr betont werden, als es in unserer Zeit gar leicht geschieht, dass bedeutende Menschen, wenn sie, wie dies bei Weber-Liel der Fall war, ohne ausgebreitete kameradschaftliche Verbindung standen, sehr leicht vergessen werden.

Die Blüthezeit seines Lebens lag, obgleich er noch verhältnissmässig jung war, im Jahre 1880 — schon hinter ihm; das habe ich leider aus seinen beinahe unleserlichen Briefen, die er mir nach Paris sandte, erkannt. Als ich ihn in Berlin wiedersah, war er nicht mehr der Alte, und Jena hatte an ihm einen gebrochenen, kranken Mann.

Ach, welcher tragische Gegensatz! Als ich im Mai 1877, durch Gruber brieflich eingeführt, seine erste Bekanntschaft machte und gastliche Aufnahme fand in seinem engeren Familienkreise, fand ich ihn kräftig, hoch und stark gebaut, heiter und liebenswürdig. Er war wohl kein harmonischer Character, seine verschiedenen geistigen Thätigkeiten contrastirten unter einander, er hatte Bizarrerien und paradoxe Launen, doch Krankhaftes war mir

Digitized by Google

unbemerkt. Ich schrieb in mein Tagebuch: „Diese Bekanntschaft erquickt Gemüth und Geist. Ja, Freundschaft und Theilnahme thut wohl, wie erst die des älteren, in sich fertigen Mannes.“ — Weber-Liel war von Haus aus eine naive Natur und von heiterer Grundstimmung des Gemüthes; dabei besass er eine grosse Frische und Lebendigkeit des Geistes mit einem Anflug von Humor, der es liebte, gelegentlich einmal in ein Wort des Scherzes sich zu entladen. Ich blickte gerne in das klare, blaue Auge, das nicht blos klug und forschend in die Welt hinausschaute: es leuchtete und strahlte auch wohlwollende und freundliche Gesinnung hervor.

Indem ich mich, einem tiefgefühlten Drange nachgebend, Jenen zugeselle, welche den Todten betrauern, mache ich mich gewiss zum Dolmetsch seiner Freunde, Verehrer, Schüler und Fachgenossen, denen seine Lehren und sein Streben zum Gewinn geworden. Ich thue dies in dem vollen Bewusstsein dankbarster Verehrung und Hochachtung für den Mann, dessen Name für immer mit einer der schönsten, weil fruchtbarsten Perioden der Ohrenheikunde verbunden sein wird.

Sein Auge, das so glänzend war bei der Arbeit und so hell aufschlug, wenn es lächelte, ist gebrochen; die kräftige, breite Schulter liegt auf ewig starr, und der mächtige Kopf, er verräth noch an der Leiche, dass wir einen begabten, trefflichen Mitarbeiter verloren haben.

Friede seiner Asche!

Budapest, im December 1891.

Dr. Kornel Lichtenberg.

I. Originalien.

Beitrag zur Sinusthrombose.

Von

Dr. med. **Hansberg** in Dortmund.

(Schluss.)

Ein Symptom, das sich vielleicht für die Annahme einer Sinusphlebitis resp. Mastoiditis verwerthen liess, war in meinem Fall die Empfindlichkeit*) der Regio retromaxillaris, die nach mehrtägiger Dauer wieder schwand, dagegen bestand an dieser Stelle keine Anschwellung, die in dem Moos'schen Fall beobachtet wurde, der durch die Auf-

*) Schwartze betont bei Sinusthrombose die Empfindlichkeit auf Druck im Verlauf der Vena jugularis interna, die im weiteren Verlauf wieder schwinden könne (Lehrbuch der chir. Krankheiten des Ohres S. 405.).

Digitized by Google

meisselung des Warzenfortsatzes ohne Freilegung des Sinus geheilt werden konnte.

Was aber besonders in Betracht kommt, ist in meinem Fall das Fehlen einer Anschwellung seitlich am Halse im Verlauf der Vena jugularis interna, bekanntlich das einzige absolut sichere Symptom der Sinusthrombose.

Im Anfang der Erkrankung dachte ich natürlich an Meningitis. wofür vor Allem der heftige Stirnkopfschmerz, sodann das bald auftretende Erbrechen und die Stuhlverstopfung sprachen, allerdings waren zweifellos sichere Symptome für Meningitis nicht vorhanden, es ist ja aber bekannt, wie wechselnd und mannigfaltig gerade bei Meningitis die Symptome sein können. In dieser Annahme, die auch von Dr. Blanke getheilt wurde, wurde ich zweifelhaft, als der erste Schüttelfrost eintrat, dem am folgenden Tage zwei neue folgten. Die Diagnose schwankte nun zwischen Sinusthrombose, Hirn- und subduralem Abscess, wenigstens eine von diesen 3 Möglichkeiten liess das deutlich pyämische Fieber mit grösster Wahrscheinlichkeit annehmen.

Bei den im Allgemeinen, abgesehen von den Schüttelfrösten, negativen Symptomen fand ich keine Anhaltspunkte, mich für eine dieser 3 Erkrankungen bestimmt zu entscheiden, ich liess daher die Diagnose in suspenso, immerhin aber glaubte ich, nachdem mehrere Schüttelfröste bereits eingetreten waren, mit der Aufmeisselung des Warzenfortsatzes und event. nachfolgender Freilegung des Sinus resp. Trepanation des Schädels nicht mehr länger warten zu dürfen, da die Operation wenigstens die Möglichkeit einer Heilung erwarten liess, ein längeres Zuwarten aber mit Sicherheit den lethalen Ausgang herbeiführen musste.

Der operative Eingriff kam in meinem Fall leider zu spät, es trat aber gleich nach der Aufmeisselung und Ausräumung des jauchigen Sinus eine so eclatante Besserung ein, ebenso wie bei dem von Zaufal operirten Kranken, dass ich mich in ähnlichem Fall zur noch frühzeitigeren Operation entschliessen würde, sobald nur einigermaassen der Verdacht auf Sinusthrombose begründet erscheinen würde. Die Aufmeisselung und auch die Freilegung des Sinus ist ein an und für sich ungefährlicher Eingriff, sicherlich bei Weitem weniger mit Gefahren für den Kranken verknüpft und mehr Aussicht auf Erfolg versprechend, als ein ruhiges Zuwarten. Es kann daher den von Schwartze, Zaufal und Moos befürworteten Vorschlägen zu möglichst frühzeitigen operativen Eingriffen bei Sinusthrombose nur unbedingt zugestimmt werden. Zudem sind verschiedene Heilungen bereits mitgetheilt worden, die in dem Fall von Salzer ausser allem diagnostischen Zweifel und zu eclatant war, als dass von einem Zufall hätte die Rede sein können, dagegen bin ich im Zweifel, ob in dem Orlow'schen Fall es sich um Sinusthrombose und nicht um einen subduralen Abscess gehandelt hat.

Ich halte es aber in allen Fällen, und nicht allein bei Sinusthrombose, sondern auch bei Hirnabscess, für unbedingt indicirt, stets zuerst gegen das Grundleiden, die Ohreiterung vorzugehen, also die Aufmeisselung vorauszuschicken, in vielen Fällen, so auch in dem meinigen, führt uns dieselbe allein schon auf die gefährliche Folgeerkrankung und erleichtert die Operation der letzteren. In dieser Beziehung ist besonders der kürzlich von Friedenwald beschriebene Fall lehrreich, bei dem bei

Digitized by Google

ebenfalls negativem Befunde Seitens des Warzenfortsatzes die auf den Verdacht eines vorliegenden Hirnabscesses hin vorgenommene Trepanation des Schädels einen negativen Befund, dagegen die später ausgeführte Aufmeisselung Empyem des Warzenfortsatzes und Sinusthrombose ergab.

Es ist möglich, dass eine frühzeitigere Operation meinen Kranken gerettet haben würde, sicher würde ich in ähnlichem Fall, bei dem wie hier wohl mit Evidenz das Ohr als der Ausgangspunkt des Leidens angesehen werden konnte, selbst auf die Gefahr einer bereits eingetretenen Meningitis hin, den Versuch machen, den Kranken durch zeitigeres Operiren zu retten, natürlich unter entsprechender Reserve den Angehörigen gegenüber; im Allgemeinen gebietet uns indessen die Klugheit, bei muthmaasslich bereits eingetretener Meningitis mit der Operation vorsichtig zu sein, da das Publikum nur allzu geneigt ist, einen eventuellen Misserfolg der Operation zur Last zu legen. Lediglich unter diesem Gesichtspunkte liess ich mich bestimmen, zu warten, bis die eintretenden Schüttelfröste eine andere Diagnose zuliessen.

Der Sectionsbefund nimmt in vorstehendem Fall besonders unser Interesse in Anspruch. Zunächst fällt die weite Ausdehnung der Sinusthrombose in die Augen, die sich nicht auf den Sinus transversus beschränkte, sondern auch auf den Sinus confluum, den Sinus longitudinalis und petrosus superior übergegriffen hatte, dagegen die Vena jugularis interna und ihren Bulbus verschont liess. In Folge dieser ungeheuren Ausdehnung der Sinusverstopfung wurde natürlich ein hochgradig erschwerter Abfluss des venösen Blutes aus der linken Gehirnhälfte herbeigeführt, demgemäss hier die colossalen Emissarien entstanden, deren bis jetzt nur Zaufal erwähnt.

Die Lücke im Tegmen antri überraschte mich, sie war nicht während der Operation gefunden worden, mit Sicherheit darf aber als ausgeschlossen betrachtet werden, dass mit dem Meissel die Decke des Antrums verletzt worden sei, diese vorgefundene Oeffnung mit dem einliegenden Sequester war vielmehr das Product eines schon lange bestandenen cariösen Processes, wofür besonders auch die schmutzig-gelb verfärbten Ränder der Oeffnung sprechen. Merkwürdiger Weise war die Dura hier anscheinend intact und nicht verdickt.

Der Tod wurde bei meinem Kranken durch die metastatischen Veränderungen in der Brust- und Unterleibshöhle herbeigeführt, und es ist anzunehmen, dass dieselben eine ununterbrochene Nahrung erhielten durch die in der Nähe des Sinus confluum im Sinus transversus noch fortbestehende Eiterung. Dieser Abscess ist aber als ein abgekapselter zu bezeichnen, sonst würde 1) nicht die bedeutende Delle in der hinteren Schädelgrube, die eine durch den Eiter erzeugte reine Rarefaction des Knochens darstellt, entstanden und 2) eine diffuse Meningitis erzeugt worden sein.

Es dürfte vielleicht auffallend erscheinen, dass ich es hier für erforderlich hielt, die Pars ossea des Trommelfells wegzumeisseln und mich nicht mit der einfachen Eröffnung des Antrums begnügte. Ich habe es mir indessen im letzten halben Jahre zur Regel gemacht, bei allen chronischen Eiterungen im Kuppelraum und im Antrum, insbesondere aber bei Cholesteatom, die nicht von den natürlichen Wegen aus geheilt werden können, die äussere Wand des Kuppelraumes wegzumeisseln, um

Digitized by Google

diesen und das Antrum als einen einzigen nach aussen freiliegenden Hohlraum der directen Behandlung zugänglich zu machen. Wie bereits anderweitig hervorgehoben wurde, entspricht dieses Verfahren mehr den chirurgischen Grundsätzen, ausserdem ist die Nachbehandlung sehr vereinfacht, der Verlauf abgekürzt und der Erfolg ein fast absolut sicherer.

Es kann nicht meine Absicht sein, hier auf diese Methode näher einzugehen, es ist bekannt, dass sich unter den Chirurgen für dieselbe von Bergmann und Küster, unter den Ohrenärzten Zaufal[1]), Hartmann, Hessler, Jansen[2]), Kretschmann[3]) und in der letzten Zeit auch Schwartze[4]) ausgesprochen haben, besonders aber Stacke hat sich um Einführung dieser neuen Operationsweise die grössten Verdienste erworben und bereits eine grosse Zahl glücklicher Operationen ausgeführt. Ich habe in diesem Jahre 14 Mal die Aufmeisselung des Warzenfortsatzes gemacht, darunter nur 1 Mal bei acuter Eiterung, und habe im Ganzen 5 Mal nach Stacke operirt. Von allen diesen Operirten ist keiner gestorben bis auf den vorbeschriebenen Fall, bei dem der Tod unabhängig von der Operation auftrat. Ich halte die Abmeisselung der Pars ossea nach hinreichender Vorübung an der Leiche und ergiebiger Freilegung des Operationsgebietes nicht einmal für so sehr schwierig, besonders wenn man nach Eröffnung des Antrums, wie Stacke hervorhebt, eine Sonde durch dieses in die Paukenhöhle einführt und über dieser einmeisselt. Hierzu eignet sich sehr die dünne elastische Sonde von Hartmann, mit der es mir in allen 5 Fällen leicht gelang, sofort nach Eröffnung des Antrums bis tief in die Paukenhöhle einzudringen und hier die Spitze der Sonde zu sehen. Facialislähmung und sonstige Nebenverletzungen habe ich nie bekommen, trotzdem ich in 3 Fällen, in denen es sich um Cholesteatom handelte, den Kuppelraum bei Weitem ausgiebiger, als im vorbeschriebenen Fall freigelegt hatte. Bei der Nachbehandlung liess ich die Oeffnung hinter dem Ohre höchstens einige Wochen offen und behandelte dann vom äusseren Gehörgang aus; der Verband wurde nur selten gewechselt.

Ich möchte hier noch einen zweiten Fall anführen, bei dem es sich möglicher Weise um beginnende Sinusthrombose handelte, die durch sofortige Aufmeisselung einen günstigen Verlauf nahm.

Philipp Sch., Arbeiter aus Dortmund, 35 Jahre alt, leidet seit 6 Jahren an Otorrhoe auf dem linken Ohre, die bis dahin keine Beschwerden verursacht hatte. Ende März 1891 Schmerzhaftigkeit im linken Ohr, Anschwellung des Warzenfortsatzes, wird daher dem hiesigen städtischen Krankenhaus und am 7. April mir zur Behandlung überwiesen.

Pat. ist von mittlerer Grösse, sieht sehr blass und cachectisch aus und ist stark abgemagert. Fieber nicht vorhanden. Er giebt an, Tags vorher einen Schüttelfrost gehabt zu haben, derselbe sei indessen bis heute nicht wiedergekehrt. Fötide Eiterung aus dem linken Gehörgang, Trommelfell getrübt, vorn oben verdeckt durch 2 Polypen, nach deren Entfernung mit der Cürette eine Fistel in der Shrapnell'schen Membran sich findet, durch die man mit der

---

[1]) Versammlung süddeutscher Ohrenärzte in Nürnberg 1890 und X. intern. Congress in Berlin 1890.

[2]) X. intern. Congress in Berlin 1890.

[3]) Naturforscher-Versammlung in Halle 1891.

[4]) Ibidem.

Digitized by Google

Sonde in den Kuppelraum gelangt und auf rauhen Knochen stösst. Hinten oben, dicht am Tromnelfell, enge Fistel in der knöchernen hinteren Gehörgangswand. Am Tage vorher war wegen starker Eiteransammlung unter der Haut des Warzenfortsatzes von Dr. Brölemann eine Incision gemacht worden, aus der stark riechende Eitermassen sich entleeren. Es zeigt sich eine Fistel, die tief in den Warzenfortsatz führt, in der Tiefe rauher Knochen.

Aufmeisselung. Schnitt wie oben um die Ohrmuschel, subperiostale Ablösung bis in die Tiefe des Gehörganges, Vorklappen der Ohrmuschel, die mit einem Haken nach vorn gezogen wird. Es findet sich eine Fistel an der typischen Stelle, die freigelegt wird. Der ganze Warzenfortsatz mit Cholesteatommassen ausgefüllt, Sinuswand in Fünfpfennigstückgrösse freiliegend, mit Granulationen besetzt, Pulsation nicht bemerkbar. Eröffnung des Antrums, das ganz epidermisirt ist, Einführung der Sonde durch die enge Fistel in der hinteren Gehörgangswand, die liegen gelassen wird, bis die hintere Wand bis zur Fistel abgemeisselt ist. Spaltung des häutigen Gehörgangs und 2 Querschnitte am Ende des Schnittes in die Concha nach unten und oben, Formirung eines dreieckigen Lappens (nach Kretschmann) von dem hinteren Schnittrande am Warzenfortsatz, der in den Gehörgang auf die abgemeisselte hintere Wand aufgeklappt wird, um gesunde Epidermis in den Gehörgang zu bringen, Annähen des unteren häutigen Gehörgangssegments an den vorderen Rand des Lappens, der Ohrmuschel und des oberen Gehörgangssegments an die hintere Schnittfläche am Warzenfortsatz, so dass eine 2 Ctm. grosse Oeffnung hinten bleibt. Tamponade mit Jodoformgaze. Fieberfreier Verlauf, Pat. erholt sich zusehends. Nach mehreren Wochen wird nur vom Gehörgang aus behandelt, Oeffnung am Warzenfortsatz schloss sich bald ganz. Die Nachbehandlung war in diesem Fall etwas schwierig; ich würde in ähnlichem Fall der Aufmeisselung die Hammerextraction vorausschicken und dann nach Wegnahme der hinteren Wand und Abmeisselung der Pars ossea den Ambos entfernen. Vollständige Heilung nach 6 Monaten, die bis jetzt dauernd geblieben. Erhebliche Besserung des Hörvermögens, Flüstersprache auf 2 Meter.

Ob hier wirklich bereits Sinusthrombose vorlag, ist natürlich wegen der kurzen Beobachtungszeit und des nur einmal aufgetretenen Schüttelfrostes zweifelhaft, wenn man indessen bedenkt, dass der Sinus bereits in ausgedehntem Maasse durch die cariöse Zerstörung im Warzenfortsatze freigelegt war und mit Granulationen sich besetzt zeigte, so ist gewiss die Annahme gerechtfertigt, dass bereits eitrige Stoffe in denselben übergetreten und hierdurch der Schüttelfrost hervorgerufen worden war. Jedenfalls wirkte die Operation hier direct lebensrettend.

* * *

Literatur.

von Bergmann: Die chirurgische Behandlung von Gehirnkrankheiten. 2. Aufl. Berlin 1889.

Friedenwald: Ein Fall von Cholesteatom und ausgedehnter Caries des Warzenfortsatzes ohne örtliche Entzündungserscheinungen. Tod durch Sinusthrombose und Meningitis. Zeitschr. f. Ohrenheilk., XXII. B., 1891.

Hartmann: Die anatomischen Verhältnisse, welche bei der Aufmeisselung des Warzenfortsatzes in Betracht kommen. Naturforscherversammlung zu Heidelberg 1889.

Hartmann: Vorstellung einer freien Communication zwischen Gehörgang einerseits und Kuppelraum und Antrum andererseits. Versammlung norddeutscher Ohrenärzte in Berlin 1890.

Digitized by Google

Hessler: Kann die Eröffnung des Warzenfortsatzes vom äusseren Gehörgang aus als gleichwerthig mit der sonst üblichen Methode betrachtet werden? Arch. f. Ohrenheilk., XXXI. B., 1890.

Küster: Ueber die Grundsätze der Behandlung von Eiterungen in starrwandigen Höhlen. Deutsche med. Wochenschr. No. 10—13, 1889.

Moos: Ueber die Bezold'sche Form der Warzenfortsatzerkrankung, sowie über Lateralsinusthrombose. Zeitschr. f. Ohrenheilk., XX. B., 1889.

Orlow: Ueber Trepanation des Schläfenbeins bei Thrombose des Sinus transversus. Deutsche med. Wochenschr. No. 10, 1889.

Salzer: Zur operativen Behandlung der Sinusthrombose. Wiener clin. Wochenschr. No. 34, 1890.

Schwartze: Lehrbuch der chirurgischen Krankheiten des Ohres. 1885.

Stacke: Indicationen, betreffend die Excision von Hammer und Ambos. Arch. f. Ohrenheilk., XXXI. B., 1891.

Stacke: Weitere Mittheilungen über die operative Freilegung der Mittelohrräume nach Ablösung d. Ohrmuschel. Naturforscherversammlung in Halle, 1891.

Walb: Ueber die Pars ossea der externen Paukenhöhlenwand. Versammlung norddeutscher Ohrenärzte in Berlin, 1889.

Zaufal: Zur Geschichte der operativen Behandlung der Sinusthrombose in Folge Otitis media. Prager med. Wochenschr. No. 3, 1891.

Erklärung der Abbildungen.

Figur I.

a) Künstliche Oeffnung im Tegmen tympani,
b) Oeffnung im Tegmen antri,
c) Sulcus transversus,
d) Rarefact im Hinterhauptbein,
e) Emissarien.

Figur II.

a) Aeusserer Gehörgang,
b) Eingang in den Warzenfortsatz,
c) Oeffnung im Sulcus sigmoideus.

Instrumente zur Application der Trichloressigsäure in Nase und Ohr.

Von

Dr. med. **Cholewa**, Ohrenarzt zu Berlin.

Unter den in die Therapie der Schwellungen der untern Muscheln neuerdings eingeführten Mitteln ist wohl keins, welches sich so allgemeiner Beliebtheit zu erfreuen hat, wie die von Jurasz empfohlene Trichloressigsäure. Sie steht zweifellos der Chromsäure in der Therapie der Nasenkrankheiten schon deshalb voran, weil der Anwendung letzterer unbedingt Durchspülungen der Nase mit Natronlösungen folgen müssen, die unter Umständen acute Mittelohrentzündungen hervorrufen können, welche wiederum die Therapie des Nasenleidens zu discreditiren im Stande sind. Bei der Anwendung von Trichloressigsäure haben wir diese Durchspülungen nicht nöthig, und werden wir deshalb dieses Aetzmittel besonders in der Kinderpraxis der Chromsäure stets vorziehen. Was die Anwendung desselben jedoch im Vergleich zur Chromsäure er-

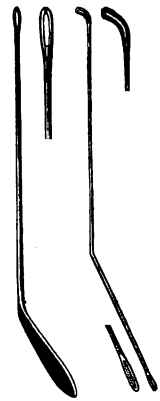
Digitized by Google

schwert, ist, wie Dr. Gustav Killian neuerdings in der München. Med. Wochenschr., No. 39, 1891 sehr richtig betont, die Schwierigkeit der Application der kleinen schlüpfrigen Crystalle. Das von Jurasz-Ehrmann empfohlene Instrument, welches das pfannenförmige Receptaculum an der Spitze trägt, mag für die Behandlung der Pharyngitis granulosa genügen, für die Aetzung der Schwellungen an den Nasenmuscheln thut es das sicherlich nicht. Die Crystalle gleiten sehr leicht von dieser Sonde ab und fallen auf Stellen, hier besonders der Boden der Nase, die nicht geätzt werden sollen.

Dieser Uebelstand veranlasste mich schon vor Jahr und Tag, eine Modification an den gewöhnlichen Nasen- und Ohrsonden vorzunehmen, welche wohl im Stande ist, die Application der Trichloressigsäure in fester Form zu erleichtern.

Es war im April 1891, als ich in der laryngologischen Gesellschaft Gelegenheit nahm, meine diesbezüglichen Instrumente für Nase und Ohr zu demonstriren. Von einer Veröffentlichung derselben, als zu unwesentlich, sah ich damals ab; nachdem ich aber durch den Aufsatz des Collegen Killian zu der Ueberzeugung gekommen bin, dass die Application der Trichloressigsäure, in fester Form, auch andern Rhinologen Schwierigkeiten bereitet, zögere ich nicht weiteren Kreisen von meinen Instrumenten Kenntniss zu geben.

Die beifolgenden Abbildungen zeigen deutlich die Tendenz der Instrumente. An der Spitze einer neusilbernen Nasensonde befindet sich in der Länge von 1 Ctm. ein Oehr, wie es die gewöhnlichen grossen Packnadeln zeigen. Legt man nun auf dieses Oehr, welches nebenbei gesagt, nicht, wie der übrige Theil der Sonde, polirt ist, einen Crystall von Trichloressigsäure und fährt rasch damit über die Cylinderöffnung der brennenden Beleuchtungslampe, so wird ein Theil des Crystalles schmelzen. Dieser flüssige Theil fängt sich im Oehr, während der Rest des Crystalls fest an der Sonde haftet, so fest, dass er bis zur Beendigung der Cauterisation nicht herabfällt.



Dieselbe Modification zeigt die Ohrsonde sowohl an ihrem für den Attic abgebogenen, als ihrem geraden Ende. Dieselbe leistet im Ohr dieselben guten Dienste, wie die Nasensonde für die Nase, nur dass die Crystalle naturgemäss hier kleiner zu wählen sind. Denn auch bei den granulären Wucherungen der Pauke ist mir die Trichloressigsäure von Nutzen gewesen und habe ich sie der Chromsäure deshalb vorgezogen, weil letztere durch Venenthrombose septische Infection nach sich ziehen kann.

Die Instrumente sind nach meiner Anweisung von dem Instrumentenfabrikanten Pfau, hier, Dorotheenstrasse No. 67, verfertigt und von jetzt ab vorräthig.

Digitized by Google

Intubation des Larynx bei acuten und chronischen Stenosen.

(Casuistische Beiträge.)

Von

Dr. **E. Schmiegelow** (Kopenhagen).

(Fortsetzung.)

II. Chronische Stenosen.

Fall 5. Jacob Anders J., 7 Jahre alt, Sohn eines Landarbeiters. Patient wurde am 2. October wegen Croup und Diphtheritis in's Spital gebracht. Die Spaltung wurde in der Eile durch den obersten Theil der Cartilago thyreoidea und den untersten Theil der Membrana thyreohyoidea gemacht. Die Canüle war ziemlich schwer einzuführen. Einige Membranen wurden ausgehustet. Wegen der hohen Lage der Canüle verursachte die Platte, als Pat. wieder aufgestanden war, eine Ulceration auf der Uebergangsfalte zwischen dem Halse und der Regio submentalis. Die Respiration war noch immer keuchend, wahrscheinlich weil das unterste Ende der Canüle sich in die Schleimhaut der Trachea hineindrückte. 8 Tage nach der Operation konnte der Kranke die Canüle 2 Tage lang entbehren, aber die Respiration wurde dann keuchend, so dass die Canüle wieder eingesetzt werden musste. Ungefähr 4 Wochen nach der ersten Operation wurde die Canüle auf ihren richtigem Platze, unter der Cartil. cricoidea, eingeführt. 8 Tage nachher versuchte man die Canüle zu entfernen, aber der Larynx war durchaus nicht passirbar.

Am 14. Decbr. 1890 untersuchte ich ihn zum ersten Male in Slagelse und versuchte zu intubiren, aber ohne Resultat. Die Luftpassage war gänzlich verschlossen und Einführung der Sonde durch die Tracheotomiefistel auch unmöglich. Aditus sup. laryngis, Epiglottis und Cartilagines arytaenoideae zeigten sich normal im Laryngoscop. Das Innere des Larynx konnte ich nicht zu sehen bekommen.

Am 16. Decbr. wurde auf dem St. Joseph-Spitale in Kopenhagen unter Chloroformnarcose die Tracheotomia inferior gemacht, bei welcher der Larynx in der Mittellinie gespalten wurde.

Es zeigte sich, dass der Larynx in einem Umfang von ca. 1½ Ctm. von oben nach unten durch eine fibröse weissliche Masse, die unter dem Messer knirscht, gänzlich verschlossen war. Die Stellung dieses dicken Diaphragma's correspondirte mit der untersten Hälfte der Cartilago thyroidea und des Lig. thyreocricoideum. Von oben gesehen, bildet der Larynx einen cul de sac, mit gesunder Schleimhaut, und endet ungefähr an der Stelle, die mit dem freien Rande der falschen Stimmbänder correspondirt.

Von unten gesehen geht die Trachea nach oben auch in einen cul de sac über, dessen Boden ungefähr in derselben Höhe wie der oberste Rand des Annulus cartilagines cricoidea liegt. Nachdem eine Communication zwischen dem oberen und unteren Theil des Larynx durch Spaltung des fibrinösen Diaphragma's hergestellt war, wurde die Wunde fest mit Jodoformgaze austamponirt.

Digitized by Google

17. Januar. Patient befindet sich recht wohl, hatte während der Nacht einige Male Erbrechen. Nimmt Flüssigkeiten ohne Beschwerden. Puls normal.

Temperatur: 16. Januar, Morgens: —, Abends: 37,2°;
17. „ „ 37,3°, „ 37,6°;
18. „ „ 37,2°, „ 37,3°;
19. „ „ 37,2°.

21. Januar. Der Tampon im Larynx wird gewechselt. Patient ist den ganzen Tag ausser Bett und befindet sich wohl.

24. Januar. Heute wurde Intubation mit einer Canüle für ein 7jähr. Kind versucht, aber da die Wunde zu stark klaffte, konnte die Canüle nicht die richtige Lage erhalten und musste wieder entfernt werden.

Am 28. Januar wurde mit der Einführung von Schrötter's Zinnbolzen angefangen.

30. Januar. Die Bolzen werden täglich eingeführt und bleiben neun Stunden liegen. Die Laryngofissurwunde ist geheilt.

16. Februar. Heute wird wieder Intubation versucht; aber das unterste Ende der Canüle kann die unterste Wand der Trachealfistel nicht passiren, sondern stösst dagegen an.

24. Februar. Eine winkelig gebogene Canüle, mit der Convexität nach vorne, eingeführt; es gelingt hierdurch, das unterste Ende, an der Trachealfistel vorbei, in die Trachea einzuführen. Sie wird nach 5 Minuten wieder entfernt.

26. Februar. Dieselbe Canüle wie vorgestern eingeführt und durch einen Bouton fixirt, welcher durch die Trachealfistel auf der Canüle festgeschraubt wird.

6. März. Patient wohl, hat guten Appetit, keinen Husten, ist jeden Tag ein paar Stunden auf. Die Respiration ist frei.

Temperatur: 26. Februar, Morgens 37,8°, Abends 38,2°.
28. „ „ 37,6°, „ 38,7°.
1. März, „ 37,7°, „ 38,4°.
2. „ „ 37,6°, „ 38,1°.
3. „ „ 37,4°, „ 37,2°.
4. „ „ 37,6°, „ 37,1°.
5. „ „ 37,4°, „ 37,8°.
6. „ „ 37,0°, „ 37,4°.

16. März. Pat. reist nach Hause, wo er unter Aufsicht des Spitalarztes bleibt.

24. März. Nachdem er 8 Tage zu Hause gewesen, verlor er die Schraube, welche die Canüle fixirte, und die Respiration wurde in Folge dessen keuchend, mit reichlichem Husten und Expectoration, weshalb er extubirt und die Trachealcanüle von neuem eingelegt wurde.

6. April. Er hat die Trachealcanüle bisher getragen. Eine neue Intubationscanüle wird eingelegt, sie ist etwas dicker und vergoldet, da die alte, welche nur vernickelt war, durch das lange Einliegen sehr gelitten hatte. Sie wird auch mittelst eines Boutons durch die Trachealfistel fixirt.

12. April. Patient verlor den Bouton, welcher von jetzt ab ganz weggelassen wird.

15. April. Die Tracheotomiefistel hat sich geschlossen.

Digitized by Google

19. Mai. Patient befand sich die ganze Zeit über wohl, läuft und spielt im Freien. Wird heute extubirt, nachdem die Trachealfistel vorsichtshalber unter Narcose wieder geöffnet worden. Er hat gut Luft im Larynx, doch entwickelt sich bald wieder Stenose. Resp. 32 — die Trachealcanüle wird eingelegt.

26. Mai. Heute wird eine neue Intubationscanüle eingelegt, sie ist etwas dicker und nicht ganz so viel gebogen, wie die alte.

25. Juni. Die Canüle wird entfernt, gereinigt, und nach einer Viertelstunde wieder eingeführt. — Er athmet gut durch den intubirten Larynx.

6. Juli. Pat. reist ab, um sich nach 6 Wochen wieder vorzustellen.

18. August. Kommt, wie verabredet, wieder zu mir — Aussehen und Kräfte gut. — Die Respiration während der letzten Tage etwas keuchend. — Er wird extubirt.

Die Canüle ist mit Schleim etwas verstopft. Mit dem Laryngoscop sieht man etwas Granulationsgewebe auf der Basis der Epiglottis, die mit dem Kopfe der Canüle correspondirt (Druckusur). — Eine gewöhnliche, gerade Intubationscanüle für 8jähr. Kind wird eingeführt, Patient reist ab.

18. Septbr. Die Canüle wird entfernt, gereinigt und wieder eingesetzt.

23. October. Die Canüle wird entfernt und mit einer von etwas schwererem Caliber umgetauscht.

Epicrise. Es handelt sich hier um einen ausserordentlich schweren Fall von vollständigem Verschluss des Larynx nach einer Tracheotomie. In einer Ausdehnung von $1^1/_2$ Ctm. war der Larynx von fibrösem Gewebe, welches erst durch Laryngofissur gespalten werden musste, obliterirt. Die Ursache dieser Verwachsung der Larynxwände war ohne Zweifel die ausserordentlich hohe Tracheotomie; diese hatte nämlich zur Folge, dass das unterste Ende der Canüle die Larynxwände usurirte und sie in granulirende Flächen umwandelte, die dann zusammenwuchsen, sobald die Canüle entfernt und auf ihrem richtigen Platz, unter der Cartilago cricoidea, eingelegt worden war.

Nachdem der Larynx und das fibröse Diaphragma gespalten worden, wurde einige Zeit Einführung von Schrötter's Zinnbolzen angewandt; sie wurden nach unten auf gewöhnliche Weise durch eine Pincette befestigt. Nachdem der Larynx auf diese Weise ungefähr einen Monat lang canalisirt worden und die äussere Wunde, nach der Laryngofissur, sich vollständig geschlossen hatte, wurde mit der Intubation angefangen.

Hier zeigte sich indess gleich Anfangs ein grosses Hinderniss, indem die hinterste Larynxwand sich so weit vorgeschoben hatte, dass eine gerade Intubationscanüle nicht an der Trachealfistel vorbei in die Trachea eingeführt werden konnte, sondern mit ihrem untersten Ende in die Trachealfistel hineinragte. Erst nachdem ich eine winkelförmige Canüle, mit der Convexität nach vorne, construirt hatte, glückte es, diese an der Fistel vorbei in die Trachea zu führen.

Aus Furcht, dass der Knabe die Canüle plötzlich aushusten und, ehe Hilfe angewandt wurde, ersticken könnte, construirte ich einen Bouton, welcher durch die Trachealfistel an der vordersten Wand der Intubationscanüle festgeschraubt werden konnte. Hierdurch wurde es nämlich möglich, die Trachealfistel offen zu halten, und bei Erstickungsgefahr brauchte

Digitized by Google

man nur den Bouton abzuschrauben und die Intubationscanüle zu entfernen, um gleich Luft zu verschaffen. Es zeigte sich indessen bald als unmöglich, den Bouton auf längere Zeit zu gebrauchen, denn selbst wenn man alle Metalloberflächen stark vergoldete, so wurde die Schraubenverbindung im Laufe einiger Tage so stark corrodirt, dass der Bouton von selbst abfiel. Nach einigen Versuchen gab ich deshalb diese Extrafixationsmethode auf, besonders da sich die Furcht, dass er die Canüle aushusten werde, als unbegründet erwies.

Nachdem er die Canüle ungefähr einen Monat getragen, bekam er starken Husten und zähes purulentes Expectorat, welches die Canüle verstopfte und mich nöthigte, ihn zu extubiren und die Trachealcanüle während einer Woche einzulegen. Diese eine Woche abgerechnet, hat er jetzt die Intubationscanüle beinahe ununterbrochen durch mehr als 8 Monate getragen.

Der Knabe, welcher in der Nähe von Slagelse (ungefähr 90 Kilometer von Kopenhagen) wohnt, ist beinahe die ganze Zeit zu Hause gewesen. Nur jede 5. — 6. Woche kommt er zu mir herein, damit die Canülen, welche etwas corrodirt werden, mit frisch aufvergoldeten vertauscht werden. Die Strictur ist so successive beseitigt worden, indem die Canülen nach und nach durch etwas dickere, deren Biegung zugleich etwas verkleinert wurde, ersetzt wurden. Jetzt ist der Canal vollständig gerade und der Knabe trägt eine Canüle, wie für ein 8jähriges Kind; sie ist vollständig gerade, aber oben etwas schwerer, als die normale Tube.

Patient hat sich die ganze Zeit vollständig wohl befunden, sein Ernährungszustand ist ausgezeichnet, der Appetit gut und das Schlucken gänzlich ungestört. Er bewegt sich im Freien und geht täglich zur Schule. Die Stimme ist kräftig, verständlich, aber natürlicher Weise heiser und tonlos.

Frägt man nach den Zukunftsaussichten, so kann ich zur Zeit keine bestimmte Antwort geben. Ich hoffe, dass die Weichtheile des Larynx durch den starken Druck, dem sie ausgesetzt sind, indem sie zwischen die Wand der Canüle und dem Skelette des Larynx eingezwängt werden, so weit atrophirt werden, dass eine genügende Passage für die Luft gebildet wird, selbst wenn die Tube entfernt ist. Da der Fall ein Unicum ist, wird erst die Zeit zeigen, ob meine Hoffnung in Erfüllung geht. Vorläufig hat der Knabe die Canüle nur während einer Viertelstunde entbehrt, und unterdessen ging die Athmung auf normale Weise und ganz natürlich vor sich. Ich gedenke bei seinem nächsten Besuche die Tube zu entfernen und die Trachealcanüle von Neuem einzulegen, damit ich sehe, ob der Larynx sich genügend canalisirt hält, wenn er während längerer Zeit nicht intubirt wird.

Nur durch diese Intubationsversuche sehe ich eine Möglichkeit, die Passage in einem Larynx von solcher Beschaffenheit, wie im vorliegenden Fall, wieder herzustellen. Nach der alten Methode hätte man kaum einen Erfolg der Behandlung erwarten können. (Fortsetzung folgt.)

Digitized by Google

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Uebersicht über die pathologisch-anatomischen Veränderungen der Gehörorgane Taubstummer. Auf Grundlage vorliegender Sectionsberichte bearbeitet von Dr. Holmer Mygind in Kopenhagen. (Archiv für Ohrenheilk. Bd. XXX, Heft 5.)

Die vorliegende, mit rühmenswerthem Fleiss zusammengestellte und gesichtete Casuistik der bis nun in der Literatur niedergelegten Sectionsbefunde bei Taubstummheit präsentirt sich als eine sehr werthvolle literarische Grundlage für die Kenntniss der pathologischen Anatomie dieses Leidens. Der Autor hat 118 Fälle gesammelt und die Ergebnisse der anatomischen Untersuchung in übersichtlicher Weise tabellarisch geordnet.

In 79 Fällen fanden sich pathologische Veränderungen des Mittelohres, welche jedoch nur in 19 Fällen vermuthen liessen, dass sie die einzigen resp. wesentlichen Ursachen der Taubheit waren. Bei kritischer Sichtung blieben von diesen 19 nur einige wenige Fälle übrig, welche zeigen, dass die zur Taubstummheit führenden pathologischen Prozesse unzweifelhaft ausschliesslich ihren Sitz im Mittelohr haben können.

In 80 Fällen fanden sich mehr weniger ausgesprochene Veränderungen des knöchernen Labyrinthes.

Vestibulum und Cochlea waren ungefähr gleich häufig, ca. in 40 pCt. der beobachteten Fälle, Sitz der Abnormitäten; die Bogengänge waren in 56 pCt. verändert. In 20 Fällen waren sie der einzige Abschnitt des Labyrinthes, wo sich Abnormitäten fanden; in 8 dieser Fälle waren überhaupt keine Veränderungen in den übrigen Abschnitten der Hörorgane beschrieben.

Hemmungs- oder Missbildungen sind nur selten nachgewiesen, zumeist in der Cochlea, wahrscheinlich, weil deren eigenthümliche Form jene Veränderungen leichter erkennen lässt. Doch weist der Autor nachdrücklichst darauf hin, dass es oft mit den grössten Schwierigkeiten verbunden sei, die angeborenen Veränderungen des Labyrinthes von den erworbenen zu unterscheiden.

Am häutigen Labyrinthe wurden besonders häufig Verdickungen, Ablagerung von colloiden Körpern, Cholestearin, Pigment, zahlreichen Otolithen beobachtet. Nicht selten fand es sich ganz oder theilweise fehlend resp. atrophirt.

Veränderungen am Hörnerven kamen, die zweifelhaften Fälle mit eingerechnet, blos 23 Mal vor. Einige Male fehlte der Nerv gänzlich, am häufigsten war er atrophisch oder sonst degenerirt. M. schliesst aus diesem seltenen Vorkommen der Hörnervenatrophie bei Taubstummheit, dass der Acusticus keine grosse Neigung zeige, wegen Inactivität zu atrophiren oder zu degeneriren.

Von pathologischen Veränderungen des Centralnervensystems sind Verdickungen und Degenerationen des Epithels am Boden des 4. Ventrikels, ferner schwache Entwickelung und Mangel der Striae acusticae beschrieben worden, Befunde, denen keine grosse Bedeutung beizumessen ist. Die besondere Kleinheit der linken dritten Stirnwindung und die

Digitized by Google

rudimentäre Entwickelung der linken Insula an Gehirnen Taubstummer möchte der Verf. nicht als Ursache der Taubheit, sondern als Ausdruck einer Inactivitätsatrophie angesehen wissen.

Auch Veränderungen der Pars petrosa, theils für sich allein als Folgen sclerosirender Otitis, theils zusammen mit Asymmetrie und regelwidrigem Bau des Schädels sind mehrfach beobachtet worden.

Die Häufigkeit schliesslich, mit der chronische Lungenleiden und Tuberculose bei Sectionen Taubstummer nachgewiesen wurden, führt M. auf die schlechten hygienischen Verhältnisse in den alten Taubstummenanstalten, sowie auf die traurige sociale Stellung mancher der obducirten Individuen zurück. Gomperz.

Oedematöse Angina, acut entstanden nach innerer Anwendung des Salols mit Exanthem. (Angine oedémateuse suraigue consécutive à une éruption salolée de cause interne.) Von Dr. Morel-Lavallée. (Archives de laryngol. und Revue de laryngol. No. 17, 1891.)

Eine syphilitische Frau vertrug kein Quecksilber; Haut- und Mundsyphilis; linksseitige Taubheit mit Ohrenfluss; man blies 3 Tage lang Salol in Pulverform in's Ohr: schwere Allgemeinerscheinungen traten ein, welche an Meningitis denken liessen; starkes Eczem am Ohre, oedematöse Angina; alles Symptome des Salols. Dr. P. K.

Ueber die Schwerhörigkeit der Kesselschmiede*). (Aus Prof. Chiari's pathol.-anatomischem Institute a. d. deutschen Univers. in Prag.) Von Dr. J. Habermann. (Arch. f. Ohrenheilk. Bd. XXX, No. 1.)

H. hatte Gelegenheit, die Gehörorgane eines im Alter von 75 Jahren verunglückten Mannes zu untersuchen, der sein Gehör während 20jähriger Arbeit in einem Kupferwerke, wo er bei starken Geräuschen hantiren musste, fast gänzlich verloren hatte.

Während sich im Mittelohr beiderseits ausser unwesentlichen Altersveränderungen nur starke Dislocationen der Stapesplatte nach aussen fanden, boten die Labyrinthe sehr auffallende pathologische Befunde dar.

Soweit im inneren Ohre die Nerven erhalten waren, zeigten sie nicht mehr die normale Stärke, was insbesondere in der Schnecke, weniger im Vorhofe ausgeprägt war. In beiden Schnecken fehlten in den correspondirenden Abschnitten der Basalwindung das Corti'sche Organ, die Cortische Membran, die Nerven in der Lamina spiralis; die Ganglienzellen im Canalis ganglionaris waren nur mehr spärlich vorhanden, während in angrenzenden Theilen der Basalwindung das Corti'sche Organ, wenn auch hochgradig verändert, noch aufzufinden war. In den oberen Windungen zeigte es sich schön erhalten neben theilweisem Schwunde der Nerven in der Lamina spiralis.

Die vorwiegende Erkrankung der Basalwindungen erklärt H. mit einem Hinweise auf die Helmholtz'sche Theorie von der Function der Schnecke damit, dass in den Kesselschmieden die Summe der hohen Töne, die auf das Gehörorgan einwirken, grösser ist, als die der tiefen, andererseits auch das Gehörorgan für die höchsten Töne der Skala besonders

---

*) Vorgetragen in der Abtheil. f. Ohrenheilk. der 62. Versamml. deutscher Naturforscher und Aerzte in Heidelberg 1889.

Digitized by Google

empfindlich ist und bei Einwirkung starken Schalles überhaupt, ohne Rücksicht auf die Tonhöhe, die der Perception der hohen Töne dienenden Schneckenabschnitte am meisten leiden.

Das starke Auswärtsgewölbtsein der Stapesplatten möchte H. als Folge einer Contractur der Mm. stapedii auffassen. Gomperz.

Collaps des Trommelfells. Von Dr. C. Lichtenberg. (Pester med.-chir. Presse No. 14, 1891.)

Ein atrophisches Trommelfell zeigte sich derart relaxirt, dass es, stark nach innen gewandert und auf der inneren Trommelhöhlenwand aufgelagert, vollkommen zu fehlen schien. Auf Anwendung der Luftdouche trat es stark nach aussen und verrieth dadurch seine Anwesenheit. Mehrfache Einschnitte hatten keinen Erfolg und nunmehr will L. nach der Methode von Gruber galvanocaustisch einen Theil der relaxirten Membran entfernen. J.

Kann die Eröffnung des Warzenfortsatzes vom äusseren Gehörgang aus als gleichwerthig mit der sonst üblichen Methode betrachtet werden? Von Dr. Hessler. (Archiv f. Ohrenheilk. Bd. XXXI, H. 1.)

Hessler sieht in der Combination der Trepanationsmethoden von Schwartze und v. Bergmann diejenige Methode, die allen Anforderungen der Ohrenärzte und Chirurgen entspricht: Knochenaffection und Ohreiterung rasch und definitiv zu heilen, die alles Krankhafte, wo es sich findet, entfernt und ohne Gefahr für den Gesichtsnerv, die halbzirkelförmigen Canäle und das Gehirn ist. Man beginne jede Aufmeisselung nach der Methode von Schwartze, bei welcher von der Aussenfläche des Warzenfortsatzes gegen das Antrum hin gemeisselt wird, und begnüge sich damit, wenn die Caries auf Warzenfortsatz und Antrum beschränkt ist. Erstreckt sie sich weiter nach vorn zwischen die Lamellen der Schuppe, so müsse nach v. Bergmann subperiostal die Corticalis daselbst weggenommen und direct in die Tiefe des Mittelohres mit dem Meissel vorgedrungen werden. In das eröffnete Antrum schiebt H. Jodoformgazetampons, wodurch erstens die Blutung aus der Paukenhöhle steht, die sonst das Operationsterrain deckt, und zweitens das Einmeisseln auf dieselbe ruhig geschehen kann, da durch die Tampons das Labyrinth genügend geschützt ist. Je sicherer andernfalls die Diagnose ist: „Circumscripte Caries in der Schuppe über dem Gehörgange", desto mehr eignet sich für diesen Fall die Methode nach v. Bergmann. Die Schwierigkeiten dieser radicalen Operation sind bei der bedenklichen Nähe der Labyrinthwand und des Gehirns grosse, besonders bei sclerosirtem Warzenfortsatz.

Von 54 Patienten, bei denen H. die combinirte Aufmeisselung des Warzenfortsatzes und Mittelohres ausführte (in 6 Fällen beiderseits), sind

42 vollständig geheilt,
6 theils ungeheilt, theils noch in Behandlung,
1 aus der Behandlung fortgeblieben und
5 gestorben,

Resultate, die Hessler selbst nicht allzu günstig findet.

Gomperz.

Digitized by Google

Warzenfortsatz-Entzündung als Folge acuter Mittelohr-Entzündung. Von Dr. C. Lichtenberg. (Pester med.-chir. Presse No. 20, 1891.)

In einem Falle, wo schon die äusseren Erscheinungen auf Erkrankung des Warzenfortsatzes deuteten, wurde die Eröffnung mit bestem Erfolge ausgeführt. In einem zweiten Falle sah L. die Indication für die Eröffnung, trotzdem äusserlich keine Erscheinungen vorhanden waren, die auf eine substantielle Erkrankung des Warzenfortsatzes gedeutet hätten, in den anhaltenden Schmerzen, die in keiner anderen Weise zu stillen waren; eine Indication, die bekanntlich zuerst von Gruber aufgestellt wurde. In dem betreffenden Falle soll übrigens der Schmerz intermittirend gewesen sein, was L. conform der Anschauung von Schwartze davon herleitet, dass zeitweilig bei Eiterung im Proc. mast. das Antrum abgeschlossen sein kann, wo dann der Schmerz Folge von Eiterretention ist.

J.

Eröffnung des Warzenfortsatzes. Von Dr. C. Lichtenberg. (Pester med.-chir. Presse No. 15, 1891.)

Der Fall betraf einen 46jährigen Mann, der an Ostitis suppurativa des linksseitigen Warzentheiles litt. Nach stattgehabter Eröffnung wurden mehrere Sequester entfernt, wonach man in der Tiefe mit der Sonde auf die Dura mater stiess. Lähmung des N. facialis dieser Seite. Pat. genas.

J.

Bericht über das zweite ohrenärztliche Lustrum. Von Dr. Paul Schubert. (Arch. f. Ohrenheilk. Bd. XXX, Heft 3.)

In der Zeit vom 1. Juni 1884 bis 31. Mai 1889 traten 3316 Ohrenkranke in Sch.'s Behandlung; 964 unter, 2352 über der Altersgrenze von 14 Jahren; 1891 waren männlichen, 1425 weiblichen Geschlechts.

Aus der, dem Berichte beigegebenen, sehr lehrreichen Casuistik seien erwähnt 21 Fälle von Eröffnung des Proc. mast., 6 bei acuter, 15 bei chronischer Otitis media. Die Heilung erfolgte bei sämmtlichen 6 acuten und 6 von den chronischen Fällen, gebessert wurden 2 und 7, welche allerdings viel zu spät in Behandlung kamen, starben; 1, unabhängig von der Ohroperation, an Septicämie, welche nach einer Unterkieferresection sich ausbildete, 1 an Phthisis pulmonum, 1 an allgemeiner Tuberculose, 3 an Meningitis und Hirnabscess, 1 an Sinusphlebitis mit Pyämie. In einem der geheilten Fälle war der Durchbruch bei intactem Trommelfelle an der hinteren Gehörgangswand erfolgt, bei einem der gebesserten Fälle trat während der Operation Sinusblutung auf, die nach Jodoformgazetamponade stand.

Ferner sind hervorzuheben die in dem Berichte niedergelegten Erfahrungen Sch.'s über die mit Perforation der Shrapnell'schen Membran einhergehenden Eiterungen des oberen Trommelhöhlenraumes. Von 19 einschlägigen Fällen, die Sch. im Verlaufe der 5 Jahre sah, entzogen sich 4 nach kurzer Behandlung der Beobachtung, von den übrig bleibenden Fällen heilten 2 nach Warzenfortsatz-Aufmeisselung, 2 nach Hammerexcision, 11 nach längerer Behandlung mit der Hartmann'schen Canüle nebst Aetzungen und Durchspülungen. Von diesen 11 Fällen kamen schon nach $^3/_4$ — 2 Jahren Recidiven zur Beobachtung 6 Mal; bei den übrigen 5 Fällen konnten Recidiven nicht beobachtet werden. Sch. spricht

Digitized by Google

sich im Hinblicke auf diese Ergebnisse für die rasche Vornahme der Hammerexcision aus und bekämpft den Standpunkt Gomperz's[1]), der die Hammerexcision erst dann für indicirt hält, wenn die Ausspülungen mit der Hartmann'schen Canüle durch längere Zeit erfolglos angewendet wurden[2]). Gomperz.

Bericht über die in meiner Poliklinik und Klinik für Ohrenkrankheiten zu Breslau im Jahre 1888 beobachteten Krankheitsfälle und ausgeführten Operationen. Von Dr. Oscar Hecke. (Arch. f. Ohrenheilkunde Bd. XXX, Heft 4.)

Die Zahl der poliklinisch behandelten Kranken betrug 385; Daten bezüglich des Geschlechtes und des Alters fehlen.

Ausführlich beschrieben werden 3 Excisionen des Trommelfelles mit dem Hammer und 18 Eröffnungen des Warzenfortsatzes. Die erstgenannte Operation wurde in sämmtlichen 3 Fällen zur Beseitigung chronischer Eiterungen aus dem oberen Trommelhöhlenraume vorgenommen. Bei zweien war, als die Patienten nach 4½- resp. 4monatlicher Behandlung entlassen werden mussten, die Eiterung noch nicht versiegt, soll jedoch bei Fall 2 einige Wochen später sistirt haben; im 3. Falle trat 2 Mon. nach der Operation Heilung ein. Die Hörweite blieb 2 Mal auf dem Niveau, wie vor der Operation, das dritte Mal war sie nur unwesentlich gebessert.

Von den 18 trepanirten Fällen wurden geheilt 8 Fälle mit chronischer, 2 mit subacuter und 4 mit acuter Otitis, in Summa 14; gebessert wurde 1 mit Otit. med. supp. chron. und 4 starben — 3 nach Ot. med. supp. chron., 1 nach Ot. med. supp. acuta. Gomperz.

---

b) Rhinologische:

Bacteriologische Studien über Rhinosclerom. (Quelques recherches bactériologiques sur un cas de rhinosclérome.) Von Dr. Jaja. (Giornale ital. delle malat. vener. etc. und Revue de laryngol. No. 48, 1891.)

Rhinosclerom bei einer 33jähr. Frau. Vollständige bacteriologische Studie. Experimente mit microbentödtenden Substanzen: Das Sublimat allein (1—1000) giebt gute Resultate; interstitielle Injectionen von Sublimat (3—1000) in das Gewebe des Rhinosclerom blieben ohne Resultat. Dr. P. K.

Bruch der Nasenscheidewand. (Fracture of the nasal septum.) Von W. T. Clegg, Liverpool. (Lancet, 2. Jan. 1892)

In den beiden mitgetheilten Fällen war eine Verbiegung nach links eingetreten, so dass das linke Nasenloch ganz verschlossen war. In beiden Fällen wurde der rechte Nasenflügel wie eine Klappe angesogen. Sie wurden operirt durch sternförmige Einschnitte und Reposition der Scheidewand. Dr. M. Schm.

---

[1]) Monatsschrift für Ohrenheilk. 1889, S. 235.

[2]) Referent muss es sich versagen, an dieser Stelle sich in eine Polemik einzulassen.

Digitized by Google

Ueber das Ansaugen der Nasenflügel. Von Dr. Moritz Schmidt. (Deutsche Medic. Wochenschr. 1892, No. 4.)

Sch. sucht die Ursache des Ansaugens der Nasenflügel in einer Erschlaffung der Nasenwände und mangelhaften Thätigkeit der Musculi dilatatores et levatores alae nasi, die sich im Schlafe in erhöhtem Maasse geltend macht, und tragen zur Entstehung gewiss alle die Processe bei, welche von früh an die Athmung durch die Nase beeinträchtigend oder verhindernd eine mangelhafte Uebung der Nasenmuskeln bedingen, so besonders die adenoiden Vegetationen und stärkere Verbiegungen im vordersten Theile des Sept. cartilagin. Die Folgen der Affection sind die bekannten der Nasenverengerung überhaupt, einschliesslich Migräne, Asthma, Aprosexia etc. Zur palliativen, eventuell auch radicalen Beseitigung des Uebels giebt Sch. einen von Feldbausch in Frankfurt a. M. construirten Bügel von Draht an, der, in die Nase eingeführt, die Nasenflügel nach auswärts hält und sich bei ihm selbst vortrefflich bewährt hat.

Beschorner.

Verschluss der Choanen. (Occlusion of the posterior nares.) (Lancet, 5. Decbr. 1891.

Mr. Solly zeigte in der klinischen Gesellschaft von London einen Fall von einem solchen offenbar angeborenen Verschluss der Choanen durch ein Septum bei einem 16jähr. Mädchen. Verf. macht keine nähere Angabe, ob er knöchern gewesen oder häutig. Er wurde durchbohrt und ein Gummikatheter eingelegt. Dr. M. Schm.

Ueber chronische Nasendiphtheritis. (Diphthérie chronique du nez.)

Verf. berichtet über 2 Fälle von chronischer Nasendiphtherie; das erste Kind war 2 Monate lang krank, steckte 4 andere Hausbewohner an und genas mit nachfolgender Pharyngo-Laryngeallähmung; die Diagnose wurde demnach erst post hoc gestellt. In einem zweiten Falle dauerte die Krankheit auch mehrere Monate, das Microscop ergab die Loefflerschen Bacillen. Verfasser betont, dass ein erster negativer Befund die Diagnose von Diphtheritis nicht ausschliessen lässt, sondern dass man mehrere Male untersuchen muss. Ohne Microscop ist die Diagnose nicht möglich. Dr. P. K.

Nasenhusten. (Toux d'origine nasale.) Von Dr. Trasher. (Weekly medic. Review und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 8, 1891.)

Eigenthümlicher metallischer Hustenklang, Fehlen des Auswurfes helfen zur Diagnose. Verf. citirt 3 Fälle: 1) Husten seit 3 Monaten; Berührung der unteren hypertrophischen Nasenmuschel ruft heftigen Hustenanfall hervor. Brennen der Mucosa bringt in 3 Tagen Heilung. 2) Husten seit 3 Monaten; der Larynx wird erfolglos behandelt; das hintere Ende beider unteren Nasenmuscheln empfindlich. Heilung durch Cauterisation in 2 Monaten. 3) Husten seit 6 Monaten; Heilung durch Cauterisation der mittleren und unteren Nasenmuscheln. Dr. P. K.

Digitized by Google

Zur Aetiologie der Rhinitis fibrinosa. Von Dr. Lieven. (Münch. med. Wochenschrift No. 48 und 49, 1891.)

Verf. will einen in seinem biologischen Verhalten genau characterisirten Microorganismus gefunden haben, den er für die Rhinitis fibrinosa verantwortlich macht. Auf gesunder Nasenschleimhaut ist der fragliche Coccus nicht im Stande — wie Versuche lehrten —, ein fibrinöses Exsudat zu erzeugen, auch nicht bei einfacher Hyperämie, z. B. beim Jodschnupfen, während es nach dem Abfallen von Aetzschorfen der Nasenschleimhaut gelang, durch Einführen von Tampons, die mit Culturen der Coccen getränkt waren, ein fibrinöses Exsudat hervorzurufen.

W. Lublinski.

Zur Behandlung der Stirnhöhlenempyeme. Von Dr. Steinthal. (Württ. med. Correspondenzblatt No. 31, 1891.)

Verf. theilt einen jener seltenen Fälle mit, in dem eine acute Rhinitis zu schweren Veränderungen nicht allein in den Stirnhöhlen, sondern auch in der rechten Orbitalhöhle geführt. Es war auch zu Caries der Orbitalwandung und des Orbitalrandes gekommen, so dass eine ausgedehnte Resection der ergriffenen Theile stattfinden musste. Höchst wahrscheinlich war das Empyem der Siebbeinzellen durch die Lamina papyracea in die Augenhöhle durchgebrochen, denn diese war theilweise necrotisch und musste entfernt werden.

W. Lublinski.

Polyp der Keilbeinhöhle. (Lancet, 5. Decbr. 1891.)

J. J. Parke Clarke zeigte in der pathologischen Gesellschaft von London das Präparat eines solchen Polypen, der von einem 13jährigen Jungen stammte, welcher zwei Monate vorher einen Bruch des Stirnbeins erlitten und dann an Nasenbluten erkrankte, dem er unterlag. Es fand sich ein kleines Aneurysma der Carotis in der Keilbeinhöhle, welches geplatzt war.

Dr. M. Schm.

Adenoide Vegetationen des Nasenrachenraumes, sarcomatöse Recidive, plötzlicher Tod. (Végétations adénoides du pharynx nasal, récidives sarcomateuses, mort subite.) Von Dr. Délie. (Société belge de laryngologie et d'otologie, Mai 1891 und Revue de laryngologie No. 18.)

Ein 13jähriges Kind wurde mit Erfolg operirt. Recidive, welche ein globocellulares Sarcom erkennen liessen (Capard); plötzlicher Tod. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Adenoide Vegetationen können recidiviren; 2) bei Recidiven kann Transformation stattfinden, namentlich wenn sie acut sind; 3) die stärksten und die häufigsten Blutungen entsprechen nicht immer den grössten und reinsten Sarcomen; 4) die microscopische Untersuchung ist nicht immer wichtiger, als die directe locale Untersuchung.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Ueber das Abtasten des Nasen-Rachenraumes. (Du toucher de la cavité naso-pharyngienne.) Von Dr. Ziem in Danzig. (Arch. internat. de Laryngologie etc. IV., No. 6, Novbr.-Decbr. 1891.)

Z. empfiehlt bei Exploration des Nasen-Rachenraumes, neben der Spiegel-Untersuchung, die digitale niemals zu unterlassen, da die Letztere z. B. über Insertion und Consistenz eines Tumors oft wesentlich besseren Aufschluss giebt. Bei Einführung des Fingers muss sorgsam darauf Bedacht genommen werden, den Augenblick des Schlingens abzupassen, da die Einführung dann stets leicht und ohne jede Schädigung des Gaumensegels gelingt. Beschorner.

Ueber einen von der Nase aus geheilten Gesichtskrampf. Von J. Peltesohn. (Berl. klin. Wochenschr. No. 32, 1891.)

Bei einem 20jährigen Mann, der seit einem Jahr an linksseitigem Gesichtskrampf litt, trat Heilung — ohne Recidiv seit 16 Monaten — ein, nachdem Verf. mittelst Galvanocaustik eine tumorartige Vergrösserung der unteren Muschel an ihrem vorderen Ende beseitigt hatte.

W. Lublinski.

Die allgemeine Anästhesie vermittelst Bromaethyl und die Art ihrer Anwendung. (L'anesthésie générale par le Bromure d'éthyle et de ses applications.) Von Dr. Lubet-Barbon. (Arch. internat. de Laryngologie etc. V., No. 1, Jan.-Febr. 1892.)

Verf. empfiehlt für kurzdauernde Operationen, als: Abtragung adenoider Vegetationen, Tonsillotomie, Beseitigung hypertrophischer Muschel-Enden oder Excrescenzen an der Nasenscheidewand, oder von Ohr-Polypen etc., die Narkose vermittelst des Bromaethyl. 5—6 Athemzüge durch die ausgiebig mit dem Präparate übergossene Flanellmaske genügen zumeist für vollständige Narkose. Kinder von 5—15 Jahren eignen sich vornehmlich dazu. Vortheilhaft ist das Fehlen jedweder üblen Neben- oder Nachwirkung. Beschorner.

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Dauernde Verschliessung des Mundes. (Cas de reserrement permanent de la bouche.) Von Dr. Jemoli. (Gazzeta degli Ospitali und Revue de laryngol. No. 19, 1891.)

Ein 9jähr. Kind hat eine doppelseitige Ankylose des Unterkiefers in Folge einer Arthritis temporomaxillaris. Aetherisation, Resection der beiden Condylen, vollständige Heilung. Dr. P. K.

Ueber die locale Anwendung der Chromsäure in der Behandlung der syphilitischen Affectionen der Mundhöhle. Von Dr. Feibes. (Therapeutische Monatshefte, Nov. 1891.)

Empfehlung einer Chromsäurelösung 1:2 gegen die verschiedenen specifischen Erkrankungen der Mund- und Nasenhöhle.

W. Lublinski.

Digitized by Google

Uvulitis tuberculosa. (Note sur un cas d'uvulite tuberculeuse.) Von Dr. Ragoneau. (Revue de laryngol. No. 20, 1891.)

Ein 35jähriger Mann hat Phthisis laryngea. Ein grosser Tuberkel an der Zungenbasis wurde durch Chromsäure zerstört; die Phthisis laryngea wurde bedeutend gebessert durch Milchsäure, Chlorzink und Picrinsäure. Nach einiger Zeit zeigte die Uvula eine senkrecht zweigetheilte Geschwulst, war dunkelroth, zeigte in jeder Geschwulst in der Mitte einen stecknadelknopfgrossen, weissgelben Punkt; in der Umgebung miliare Granulationen. Gewöhnliche Behandlung brachte grosse Besserung.

Dr. P. K.

Fremdkörper seit mehreren Jahren an der Zungenbasis gelagert. (Un cas de corps étranger logé à la base de la langue depuis plusieures années.) Von Dr. Sandford. (Société de laryngologie et de rhinologie d'Amérique, Juni 1891 und Revue de laryngol. No. 18, 1891.)

Ein 47jähr. Mann spricht schwer, schluckt schwer und zeigt eine Anschwellung in der Submaxillargegend; heftige Schmerzen beim periodischen Anschwellen der Geschwulst. Diese Symptome steigern sich und das Allgemeinbefinden leidet. An der rechten Zungenbasis eine ulcerirte Geschwulst, die leicht blutet und einem malignen Tumor ähnelt. Die Digitaluntersuchung ergab einen harten Gegenstand; mit viel Mühe entfernte der Autor ein falsches Gebiss. Heilung. Dr. P. K.

Aneurysma der Alveolarseite des harten Gaumens mittelst Injectionen behandelt. (Tumeur anévrysmale du rebord alvéolaire de la voûte palatine traitée par des injections.) Von Dr. John S. Marshall. (The Journal of the American med. Assoc. und Revue de laryngologie No. 17, 1891.)

Ein 26jähriger Mann liess sich alle Zähne des Oberkiefers ausziehen, mit Ausnahme der zwei mittleren Schneidezähne. Nach dieser relativ bedeutenden Operation entwickelte sich rechts innen am Alveolarfortsatz eine Geschwulst, die fortwährend wuchs und das Anlegen eines falschen Gebisses verhinderte; schmerzlos; deutliche Pulsationen; hühnereigross, mit nach vorne gedrehter Spitze. Probepunction ergab einen eine halbe Minute andauernden arteriellen Strahl. Diagnose: Aneurysma der Arteria palatina posterior mit wahrscheinlicher Anastomose mit einem Aste der Maxillaris superior, entstanden durch Trauma beim Zahnausziehen. Versuch, den Tumor zu exstirpiren (!) und fast tödtliche Blutung, welche den Kranken 2 Monate im Bette hielt. Verf. machte nun Einspritzungen von Eisenchlorid (1 : 4); der Tumor nahm die Gestalt eines kleinen Fibroms an; Heilung. Dr. P. K.

Fall von vollständiger Einschliessung des Zäpfchens in eine von einer Mandel zur anderen gehenden Membran. (Un cas d'enveloppement total de la luette dans une membrane s'étendant d'une amygdale à l'autre.) Von Dr. Solis Cohen. (Revue de laryngologie No. 20, 1891.)

Ein Mann beklagte sich über einen Reiz im Halse und über Spannung bei den Bewegungen des Kopfes Das Zäpfchen war verdickt und befand sich in einer Schleimhautfalte, welche mit den vorderen Gaumen-

Digitized by Google

bögen eine Contiguität bildete und so von einer Mandel zur anderen sich ausdehnte. Seltenes Beispiel. Die Uvula wurde durch seitliche V-Schnitte befreit. Heilung.

Dr. P. K.

Ueberzählige Mandeln. (Amygdales surnuméraires.) Von Dr. James Donclan. (Brit. Med. Journal und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 8, 1891.)

Bei einem 21jährigen Manne wurden die sehr hypertrophischen Mandeln exstirpirt; als man später den Patienten laryngoscopiren wollte, fand man symmetrisch am unteren Ende der Gaumenbögen zwei sehr entwickelte Mandeln, welche die Einsicht in den Larynx verhinderten. Exstirpation mittelst galvanocaustischer Schlinge. Dr. P. K.

Lymphadenom der Mandel. (Lymphadénome de l'amygdale.) Von Dr. Lennox Browne. (Société de laryngol. et d'otol. d'Amérique, Juni 1891 und Revue de laryngol. No. 18, 1891.)

Ein 48jährige Frau spricht, articulirt und schluckt schwer; Dyspnoe bei Ermüdung. Indolenter. leicht fluctuirender, rosarother, nussgrosser Tumor an der linken Mandel, welcher das Zäpfchen nach rechts verschiebt. Operation mittelst des Ecraseurs. Es handelte sich um ein Lymphadenom.

Dr. P. K.

On the function of the tonsils. Von Dr. Gulland. (Edinburgh Med. Journal, Nov. 1891.)

Die verschiedenen Tonsillen sind Organe, welche zur Reproduction der Leucocyten dienen, welche hauptsächlich in den Keimcentren durch Theilung praeexistirender gebildet werden. Die jungen Leucocyten werden theils durch die den Tonsillen entspringenden Gefässe in die allgemeine Circulation gebracht, theils bleiben sie als stationäre Zellen zurück, theils wandern sie nach Perforation des Epithels in die Crypten, auf die Oberfläche und nehmen dann Fremdkörper, besonders Microorganismen, auf, welche sonst in die Tonsillen hineingehen würden. Beim Menschen bilden die Zungen- und Rachentonsillen und die leichte diffuse Leucocyteninfiltration der unteren Fläche des weichen Gaumens einen Schutzring zwischen Mund und dem Nahrungstract, während die Pharynx- und Tubentonsille einen solchen rings um den Respirationstract bilden. In normalen Umständen haben die Tonsillen keine absorbirende Function, während unter gewissen Umständen, z. B. bei grosser Schwäche, die Reproduction der Leucocyten unterbrochen wird, wodurch dann den pathogenen Microorganismen das Eindringen in die Tonsillen durch die Epithelzwischenwände ermöglicht wird und so die Möglichkeit einer localen oder allgemeinen Infection gegeben ist.

W. Lublinski.

Die locale Behandlung der Syphilis im Halse. (The Local Treatment for Syphilitic Manifestations of the Throat.) Von E. Harrison Griffin, New-York. (The Med. Record, 22. August 1891.)

Lotio nigra heisst das Mittel, mit welchem G. alle oberflächlichen und tiefen Ulcerationen in kürzester Zeit zur Ausheilung bringt.

W. Fr. (N.-Y.)

Digitized by Google

Epithelioma des falschen Stimmbandes; endolaryngeale Exstirpation; Heilung; kein Recidiv. (Epithelioma de la corde vocale supérieure. Extirpation endolaryngienne. Guérison. Absence de récidive.) Von Dr. Gouguenheim und Dr. Mendel. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 8, 1891.)

Verff. wollten bei einer 36jährigen Frau ein Fibroid des linken falschen Stimmbandes operiren, exstirpirten aber ein Epithelioma; da kein Recidiv eintrat, glauben Verff. annehmen zu müssen, dass Exstirpationen nebst Heilung von Epithelialgeschwülsten häufiger sind, als allgemein angenommen wird. Verff. geben die Diagnose, die Prognose und die Behandlung dieser Geschwülste. Dr. P. K.

Primäre erysipelatöse Angina durch Streptococcus. (Angine erysipélateuse primaire par streptococcus.) Von Dr. Barnabei. (Riforma medica und Revue de laryngol. No. 19, 1891.)

Bei zwölf Verwandten trat erysipelatöse Angina auf. Verf. hat Impfungen mit dem in Bouillon und Gelatine aufbewahrten Exsudate ausgeführt und erhielt eine reine Cultur von Streptococcen.

Dr. P. K.

Hysterischer Husten. (Toux hystérique.) Von M. E. Bitot. (Journal de médecine de Bordeaux und Revue mensuelle de laryngol. et d'otologie No. 15, 1889.)

Ein 14jähriger Patient erwachte Morgens mit Aphonie; 2 Stunden später trat krampfhafter Husten ein, welcher nach einer Sitzung Electrisirens in Bellen sich umwandelte. Während des Schlafes, Gehens und Essens hört dieses Bellen auf, es wird stärker vor dem Einschlafen und beim Sitzen; es besteht fort während des Singens und des Zählens.

Dr. P. K.

Fremdkörper im rechten Bronchus. (Corps étranger de la bronche droite.) Von Dr. Boudeson. (Journal of Laryngol. and Rhinol. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 3, 1891.)

Ein 3jähriges Kind spielte mit den Früchten von Ceratonia siliquia und bekam plötzlich einen Erstickungsanfall. Nach 12 Stunden Tracheotomie, ohne einen Fremdkörper zu entdecken. Nach abermals 12 Stunden neue Erstickungsanfälle, Cyanose, Collapsus, Nichtathmen der rechten Lunge liessen auf das Vorhandensein eines Fremdkörpers im rechten Bronchus schliessen. Eine in den rechten Bronchus eingeführte Zange brachte den gequollenen Fremdkörper hervor. Heilung nach 2 Wochen.

Dr. P. K.

Fremdkörper in den Luftwegen verloren, nebst Beispielen. (Corps étrangers perdus dans les voies aériennes, avec observations.) Von Dr. John Pendleton. (The Medical Age und Revue de laryngol. No. 10, 1891.)

Gestützt auf 12 Beobachtungen, räth Verf., immer zu operiren.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Value of antipyrin as a local application in inflammation of the mucous membrane of the upper respiratory tract. Von Gleason. (The Medical and Surgical Reporter, 31. Oct., 1891.)

In allen Fällen von Schleimhautentzündung des oberen Respirationstractes hat sich Antipyrin local meist in 4proctg. Lösung als locales Anästheticum und Analgeticum bewährt. Die Dauer der Wirkung hängt von der genügenden Wiederholung ab W. Lublinski.

Fall von hysterischer Aphonie. (Cas d'aphonie hystérique.) Von Dr. Hieguet. (Société de laryngologie et d'otologie Belge, Mai 1891 und Revue de laryngol. No. 18, 1891.)

Auf ein Beispiel gestützt, bestreitet der Autor, dass die sogenannte (Jonquière) Aphonia spastica aus einem Krampf der Larynxmuskeln besteht; er nimmt eine Lähmung an und will den Namen „Aphonia spastica" in „Paralysis hysterica interarytenoidea" umgewandelt wissen. Bekanntlich tritt bei Druck auf die Ovarien und bei Operationen an denselben nicht Paralyse, sondern Krampf der Larynxmuskeln ein; bei Operationen im Unterleibe treten bei Zerrung an den Ovarien während der Chloroformnarcose immer Glottiskrämpfe auf. Dr. P. K.

Angiom des Larynx mit Trauma. (Cas d'angiome du larynx avec traumatisme.) Von Dr. Lennox Browne. (Société de laryngol. et d'otol. d'Amérique, Juni 1891 und Revue de laryngol. No. 18, 1891.)

Ein 42jähr. Mann, seit 2½ Jahren heiser, Schwellung und Röthung der linken Larynxhälfte; Geschwür auf dem linken falschen Stimmbande. Tuberculose und Krebs konnten ausgeschlossen werden. Eine specifische Behandlung wurde eingeschlagen. Nach einigen Tagen Heilung, aber man bemerkte am linken Stimmbande einen kleinen, runden, glatten, rothen Tumor, welcher sich als Angiom erwies. Die Röthung und Geschwürsbildung waren durch frühere fruchtlose Extractionsversuche entstanden. Dr. P. K.

Stenose der Trachea und des Larynx durch Compression. (Stenose de la trachée et du larynx par compression.) Von Dr. F. Schiffers. (Société Belge de laryngol. et d'otologie und Revue de laryngologie No. 19, 1891.)

Das Interessante ist das pathologische Präparat der Hals- und Brustorgane: Krebs des Mediastinums, necrotische Herde in der linken Lunge, rechtsseitige Pneumonie, Pleuritis, Pericarditis. Schneller Verlauf der Krankheit, guter Appetit und keine Krebscachexie (was öfter vorkommt). Die Diagnose wurde per exclusionem gemacht. Dr. P. K.

Acht Fälle von Cysten und Adenomen des Corpus thyreoideum durch Exstirpation behandelt. (Huit cas de kystes et adénomes de la glande thyroide traités par l'extirpation.) Von Dr. Charters Symonds. (Brit. med. Journal und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 3, 1891.)

Enucleation, nöthigen Falles Exstirpation, immer Heilung per primam. Der Spray und Waschungen mit Sublimat wurden gebraucht; im Uebrigen strenge Antisepsis. Dr. P. K.

Digitized by Google

Beobachtung, geeignet zum Studium der neuropathischen Larynx-Stenosen. (Observation pour servir à l'étude de la sténose laryngée névropathique.) Von Dr. Albert Ruault. (Arch. internat. de Laryngologie etc. V., No 1, Jan.-Febr. 1892.)

Doppelseitige complete Posticus-Lähmung bei einem an Ataxie locomotrice leidenden, 36 Jahre alten Manne. Drohende Suffocation. Tracheotomie.

Zum Zwecke der Erreichung einer Cadaverstellung des Stimmbandes und hierdurch möglicher Respiration auf natürlichem Wege: Resection eines $1^1/_2$ Centimeter langen Stückes des linken Nerv. recurrens (in der Gegend unterhalb der Arter. thyreoidea infer.). Keine wesentliche Aenderung in der Position der Stimmbänder nach der Operation. Leichte Besserung der Respiration und Entlassung des Kranken. Die Hoffnung, dass sich eine Atrophie des Stimmbandes der operirten Seite vollziehen werde, blieb bis 3 Wochen nach der genannten Excision unerfüllt. Tod durch Asphyxie. — Die Autopsie musste sich auf Untersuchung des Kehlkopfes beschränken und ergab kein positives Resultat. R. meint, dass in diesem Falle die Innervation der linken Kehlkopfseite gewiss nicht vor Allem durch den linken Nerv. recurrens geschah, dass vielmehr der Laryngeus infer. der entgegengesetzten Seite, wahrscheinlicher aber noch der Laryngeus super. sinistr. in ausgedehnter Weise an der Innervation sich betheiligten. Angenommen aber auch, dass die doppelseitige Paralyse myopathischer Natur war, so hätte doch, wenn der Recurrens allein die Muskeln, die er mit motorischen Fasern zu versorgen hat, innervirte, die Resection desselben eine halbseitige Lähmung der gleichen Kehlkopfseite zur Folge haben müssen.

Beschorner.

Syphilitische Larynxstenose durch Auskratzen ohne Tracheotomie geheilt. (Stenose laryngée d'origine syphilitique. Suppression de la dyspnée par le curettage sans tracheotomie.) Von Dr. Luc. (Archives de laryngol. und Revue de laryngol. No. 18, 1891.)

Der Titel sagt den Inhalt der Arbeit. Patient widersetzte sich der Ausführung der Tracheotomie; mit den Pincetten von Krause und dem Löffel von Heryng wurden die auf den Arytenoidknorpeln aufsitzenden Tumoren entfernt und Patient heilte. Jodkalium brachte vollständige Heilung und nun erst wurde die Diagnose auf Syphilis gemacht.

Dr. P. K.

Pathologie und Behandlung der chronischen hypertrophischen Laryngitis subglottica. (Contribution à la pathologie et au traitement de la laryngite hypertrophique chronique sousglottique.) Von Dr. Sokolowsky. (Archives de laryngologie und Revue de laryngologie No. 7, 1891.)

Der Process beginnt meist im Perichondrium oder selbst im Knorpel, meistens am Ringknorpel. Die Schrötter'sche Dilatationsmethode hilft am meisten, besonders wenn vorher Tracheotomie und Excision der Wülste stattfand. Verf. giebt 4 Beispiele. Dr. P. K.

Digitized by Google

Pflaumenkern in der Trachea. (Noyau de prune dans la trachée.) Von Dr. Neill. (Journal of Laryngol. and Rhinol. und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 3, 1891.)

Ein 6jähriger Knabe bekam blos Krampfhusten ohne Erstickungsanfälle. Tracheotomie, Stellung auf den Kopf, Schlagen auf den Rücken, ein Hustenanfall; der Kern wurde ausgeworfen, währenddem die Trachealwunde mittelst Dilatators offen gehalten wurde. Heilung.

Dr. P. K.

Verhalten bei Vorhandensein eines Fremdkörpers in den oberen Luftwegen. (De la conduite à tenir dans les cas de corps étrangers des voies aériennes.) Von Dr. Schwartz. (Revue gén. de clinique et de thérapeut. und Revue de laryngol. No. 10, 1891.)

Bei Erstickungserscheinungen natürlich gleich operiren; man soll die tiefe Tracheotomie ausführen; dann folgt die jedem speciellen Fall anzupassende Behandlung. Sind keine Erstickungserscheinungen eingetreten, so soll man die gewöhnlichen Mobilisations- und Extractionsversuche machen, aber nur, wenn man Alles zur Tracheotomie vorbereitet hat, da letztere jeden Augenblick nöthig erscheinen kann. Will man Extractionsversuche machen, so soll man selbe nicht blindlings, sondern nur mittelst Spiegel bei genau festgestellter Lage des Fremdkörpers ohne Gewalt machen; der Pharynx, nicht aber der Larynx soll cocainisirt werden. Befindet sich der Fremdkörper in einer solchen Lage, dass er nicht per vias naturales entfernt werden kann, so mache man die Tracheotomie, die Laryngotracheotomie oder die Laryngotomie je nach Bedürfniss. Befindet sich der Fremdkörper in der Trachea oder tiefer, so soll immer die Tracheotomie ausgeführt werden, die Trachealränder sollen auseinander gehalten werden, der Körper soll der Natur überlassen oder mittelst Instrumenten extrahirt werden.

Dr. P. K.

Fremdkörper in der Trachea eines einjährigen Kindes; Tracheotomie, Schwierigkeiten beim Entfernen der Canüle. (Corps étranger de la trachée chez un enfant d'un ans; trachéotomie; difficultés d'enlèvement de la canule.) Von Dr. Constantin. (Journal de médecine de Bordeaux und Revue de laryngologie No. 10, 1891.)

Fischwirbel in der Trachea, Tracheotomie wegen Erstickungs-Erscheinungen, Auswerfen des Fremdkörpers durch den Mund, Unmöglichkeit, die Canüle dauernd zu entfernen. Interessant und statistisch wichtig war der Mechanismus des Respirationshindernisses nach Entfernung der Canüle: bei jeder Inspiration legten sich die Wundränder der Trachealöffnung an die hintere Wand der Trachea an und sperrten die Respirationsluft gänzlich ab.

Dr. P. K.

Fibromucöser Polyp. (Polype fibromuqueux.) Von Dr. Bouchard. (Société des sciences méd. de Lille und Revue de laryngol. No. 9, 1891.)

Interessanter, während 12 Jahren beobachteter, von selbst durch Atrophie heilender Fall; solche Fälle sind selten.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Wirkung des atmosphärischen Druckes auf die Trachea nach ausgeführter Tracheotomie. (Effets de la pression atmosphérique sur la trachée après la trachéotomie) Von Dr. Girod. (Clinique française und Revue de laryngol. No. 20, 1891.)

Die Trachealringe sind nicht nur bestimmt, bei der Inspiration das Zusammenklappen der Trachea zu verhindern, sondern sie hemmen auch deren Ausdehnung beim Exspirium. Das Durchschneiden eines oder mehrerer dieser Ringe hebt natürlich diese Functionen auf. Schneidet man auf der Leiche mehrere solche Ringe ein, so sieht man deutlich die Rigidität der Trachea; schliesst man auf der so eingeschnittenen Leiche das eine Ende der Trachea und ahmt man die Respirationsbewegungen künstlich nach, so sieht man deutlich die angeschnittenen Ringe mit der Trachea sich bei Exspirium entfernen, um bei dem Inspirium zusammenzuklappen. Deshalb kommen nach am Lebenden gemachtem Trachealschnitt Erstickungsanfälle, wenn man nicht gleich eine Canüle einsetzt; nach entfernter Canüle, wenn der Patient tief inspirirt, treten ebenfalls leicht Erstickungsanfälle auf; es entsteht Tracheostenose; dasselbe geschieht, wenn die äussere Wunde geheilt ist und die Trachealringe mit verklebt sind; man braucht also in solchen Fällen weder Spasmus, noch Paralyse, noch Muskelveränderung, sondern man muss ein einfaches physikalisches Phänomen annehmen. Um diesen Tracheostenosen vorzubeugen, soll man rasch operiren, den Schnitt so klein als möglich, die Cricotracheotomie machen (weil die Cricoidea als ganzer Ring nicht zusammenklappen kann und der erste Trachealring, durch die Cartilago cricoidea gehalten, nicht leicht zusammenfällt)

Die sogenannte Apnoe nach gemachtem Trachealschnitt wäre vielleicht auf dieses Phänomen zurückzuführen. Die von Krishaber empfohlene Laryngotomia intercricothyroidea tritt dadurch auch in ihre Rechte. (Der Referent.) Dr. P. K.

Ueber die Prophylaxe der Tuberculose. (Sur la prophylaxie de la tuberculose.) Von Dr. Villemin. (Bulletin de l'académie de médecine No. 30, 1889.)

Der im vorigen Jahre in Paris tagende Congress zum Studium der Tuberculose hatte beschlossen, dem permanenten Comité den Auftrag zu geben, einfache und practische Instructionen zur Verhütung der Tuberculose auszuarbeiten. Villemin unterbreitet der Academie diese in 6 Paragraphen ausgearbeiteten Instructionen, welche nur im Originaltext auf eine verständliche Weise nachgelesen werden können (Bulletin de l'Académie de médecine de Paris, Séance du 30 Juillet 1889, pag. 104). Die recht interessante Discussion dieser verschiedenen Paragraphen durch Dujardin-Beaumetz, Germain Sée, Daremberg, Bergeron, Larrey, G. Collin, Lanceraux, Verneuil, Bouchard führt zu dem Schluss, dass die Commission die Contagiosität, an deren Bestehen ja kein Zweifel ist, dennoch übertreibt und die Vorsichtsmaassregeln in's Extreme treibt. Die verschiedenen Vorträge werden am besten im Original in No. 30, 31, 32 und 33 des Bulletin de l'Académie de Paris 1889 nachgelesen. Dr. P. K.

Digitized by Google

Mittheilungen aus der laryngologischen Klinik Schroetter's. Von Dr. Juffinger. (Wien. klinische Wochenschrift, No. 41, 1892.)

I. Primäres Sclerom des Larynx

Bei einem 7jährigen Mädchen fand sich unterhalb des rechten Stimmbandes und innig mit demselben verbunden ein rundlicher Tumor, der den ganzen subchordalen Raum ausfüllte. Das Stimmband schien in denselben aufgegangen und nur durch eine seichte Furche getrennt zu sein. Nach vorn ging die Geschwülst unter der Commissur auf die linke Hälfte über und inserirte sich scharf gegen die Umgebung abgegrenzt, über dem vorderen Drittel des linken Stimmbandes. Hinten reicht dieselbe über die vordere Fläche der hinteren Larynxwand bis an den Proc. voc. sin. Starke Verengung der Glottis. Nach Entfernung kleiner Stückchen ergab die anatomische Untersuchung derselben, dass es sich um Sclerom handelte, denn man fand den Bacillus des Scleroms und histologisch reichliche Rundzellen, zwischen denen sich Mikulicz'sche Zellen und stellenweise hyaline Kugeln befanden. In den Mikulicz'schen Zellen, sowie auch frei zwischen den Rundzellen fanden sich in nach Weigert behandelten Schnitten reichlich Bacillen.

II. Multiple Larynxpolypen mit hochgradigen Stauungen.

Bei einem 65jährigen, seit längerer Zeit heiseren Mann, der wegen hochgradiger Athemnoth aufgenommen wurde, fand sich ausser starker Schwellung des subepithelialen Bindegewebes des Halses, das von federkieldicken varicösen Venen durchzogen war, bei bläulicher Verfärbung der Schleimhaut der oberen Wege am ganzen linken Stimmbande ein rother, derb aussehender Polyp, der die Glottis bis auf eine kleine Spalte hinten verschloss. Nach Entfernung desselben zeigte sich ein ebensogrosser, vom unteren Rande des rechten Stimmbandes ausgehender weisslicher, mit sehr dünnem Stiel; auch dieser wurde abgetragen, sowie ein dritter vom unteren Rande des linken Stimmbandes. Die Schwellungen des Halses und die Venenectasien verschwanden erst nach einiger Zeit, während die Stenose sofort aufgehört hatte.

III. Ein grosser Tumor an der linken Plica aryepiglottica.

Am freien Rand der linken Aryfalte fand sich ein erbsengrosser, bläulicher, glatter, gegen die Umgebung scharf abgegrenzter Tumor, der sich nach abwärts in eine bläulich durchscheinende grosse Vene fortsetzte. Derselbe wurde galvanocaustisch entfernt und erwies sich bei der Untersuchung als eine varicös erweiterte Vene und nicht als ein Angiom, wofür er leicht gehalten werden konnte. W. Lublinski.

Larynxcarcinom mittelst Thyreotomie behandelt. (Un cas de cancer du larynx traité par la thyreotomie.) Von Dr. J. D. Grant. (Brit. Med. Journal und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 8, 1891.)

Ein 50jähriger Mann hat ein leicht diagnosticirbares Carcinom der linken beiden Stimmbänder. Thyreotomie nach vorher ausgeführter Tracheotomie und Tamponade; Auskratzen des Larynx mittelst scharfen Löffels und Scheere. Nach 6 Monaten noch kein Recidiv.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Beitrag zur Entstehungsgeschichte des Larynxcarcinoms. Von Dr. Neumann. (Wiener med. Wochenschrift No. 40, 1891.)

Verf. theilt einen Fall mit, bei dem entzündliche chronische Processe im Kehlkopf gelegentlich den Uebergang in heteroplastische erlitten haben und zu einem Carcinom führten. Allem Anschein nach handelte es sich bei einem 46jähr. Manne, der schon lange heiser war, um eine einfache Schleimhautwucherung und Verdickung der Stimm- und Taschenbänder, die wiederholt galvanocaustisch behandelt wurde. Nie trat an Stelle des Brandschorfes eine Verschwärung oder ein recidivirendes Emporwuchern auf. Etwa 9 Monate nach dem letzten Eingriff änderte sich das Bild und es entwickelte sich in einigen Monaten ein typisches Epithelialcarcinom, dass die Tracheotomie nöthig machte. W. Lublinski.

Drei Beobachtungen über Laryngotomia intercrico-thyreoidea. (Trois observations de laryngotomie intercrico-thyreoidienne.) Von Dr. Schwartz. (Arch. internat. de Laryngologie etc. IV., No. 6, Novbr.-Decbr. 1891.)

Sch. giebt an der Hand von drei Fällen der Ueberzeugung Raum, dass diese Art der Operation zumeist angewendet zu werden verdient, da sie als leicht und rasch ausführbar, gefahrlos und erfolgreich bezeichnet werden muss. Beschorner.

Fremdkörper im Oesophagus bei Kindern. (Contribution au traitement des corps étrangers de l'oesophage chez les enfants.) Von Dr. Polikier. (Revue mensuelle des maladies de l'enfance und Berliner klin. Wochenschrift No. 39.)

Verf. beschreibt folgendes Verfahren, durch welches es ihm einige Male bei Kindern gelungen ist, verschluckte und im Oesophagus stecken gebliebene Münzen, die mit dem Finger nicht mehr erreichbar waren, zu entfernen: Man dringt in den Raum zwischen Trachea und linken Sternocleidomastoideus mit dem Finger so tief als möglich ein; trotz der tiefen Lage des Oesophagus gelingt es bisweilen hier. den Fremdkörper zu fühlen und ihn mit dem Finger, immer hart an der Trachea bleibend, nach oben zu dirigiren. Ist er in die Gegend der Cartilago cricoidea angelangt, so versucht man durch Kitzeln des Zäpfchens Erbrechen zu erregen, während man gleichzeitig von aussen her den Fremdkörper durch reibende oder knetende Bewegungen weiter nach oben und ein wenig nach hinten schiebt. Bei den nun entstehenden Brechbewegungen wird dann der Körper herausgeschleudert. Dr. P. K.

Strictur des Oesophagus in Folge interstitieller Verdickung seiner Wände. (Stricture of the Oesophagus from Interstitial Thickening of its Walls, a Fibroid Hypertrophy.) Von John O. Roe, Rochester (N.-Y.). (The New.York Med. Journal, 14. März 1891.)

Fälle, in denen die Muskelfibrillen degeneriren und das interstitielle Bindegewebe so stark zunimmt, dass eine Strictur des Oesophagus entsteht, sind selten. Der obige Fall giebt einen interessanten Beitrag dazu. W. Fr. (N.-T.)

Digitized by Google

Psychische Störungen bei der Basedow'schen Krankheit. (Des troubles psychiques dans la maladie de Basedow.) Von Dr. Martin. (Thèse de Paris und Revue de laryngologie No. 3, 1891.)

Sie treten in allen Graden, von der einfachen Veränderung des Characters bis zur vollständigen Verrücktheit, auf. Jedenfalls kommen diese Symptome leichter bei hereditärer Anlage. Dr. P. K.

INHALT.

Fr. E. Weber-Liel. — I. Originalien: Hansberg: Beitrag zur Sinusthrombose (Schluss). — Cholewa: Instrumente zur Application der Trichloressigsäure in Nase und Ohr. — Schmiegelow: Intubation des Larynx bei acuten und chronischen Stenosen (Fortsetzung). — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Mygind: Uebersicht über die pathologisch-anatomischen Veränderungen der Gehörorgane Taubstummer. — Morel-Lavallée: Oedematöse Angina, acut entstanden nach innerer Anwendung des Salols mit Exanthem. — Habermann: Ueber die Schwerhörigkeit der Kesselschmiede. — Lichtenberg: Collaps des Trommelfells. — Hessler: Kann die Eröffnung des Warzenfortsatzes vom äusseren Gehörgang aus als gleichwerthig mit der sonst üblichen Methode betrachtet werden? — Lichtenberg: Warzenfortsatz-Entzündung als Folge acuter Mittelohr-Entzündung. — Lichtenberg: Eröffnung des Warzenfortsatzes. — Schubert: Bericht über das zweite ohrenärztliche Lustrum. — Hecke: Bericht über die in meiner Poliklinik und Klinik für Ohrenkrankheiten zu Breslau im Jahre 1888 beobachteten Krankheitsfälle und ausgeführten Operationen. — b) Rhinologische: Jaja: Bacteriologische Studien über Rhinosclerom. — Clegg: Bruch der Nasenscheidewand. — Schmidt: Ueber das Ansaugen der Nasenflügel. — Solly: Verschluss der Choanen. — Ueber chronische Nasendiphtheritis. — Trasher: Nasenhusten. — Lieven: Zur Aetiologie der Rhinitis fibrinosa. — Steinthal: Zur Behandlung der Stirnhöhlenempyeme. — Clarke: Polyp der Keilbeinhöhle. — Délie: Adenoide Vegetationen des Nasenrachenraumes, sarcomatöse Recidive, plötzlicher Tod. — Ziem: Ueber das Abtasten des Nasen-Rachenraumes. — Peltesohn: Ueber einen von der Nase aus geheilten Gesichtskrampf. — Lubet: Die allgemeine Anaesthesie vermittelst Bromaethyl und die Art ihrer Anwendung. — c) Pharyngo-laryngologische: Jemoli: Dauernde Verschliessung des Mundes. — Feibes: Ueber die locale Anwendung der Chromsäure in der Behandlung der syphilitischen Affectionen der Mundhöhle. — Ragoneau: Uvulitis tuberculosa. — Sandford: Fremdkörper seit mehreren Jahren an der Zungenbasis gelagert. — Marshall: Aneurysma der Alveolarseite des harten Gaumens mittelst Injectionen behandelt. — Cohen: Fall von vollständiger Einschliessung des Zäpfchens in eine von einer Mandel zur anderen gehenden Membran. — Donclan: Ueberzählige Mandeln. — Brown: Lymphadenom der Mandel. — Gulland: On the function of the tonsils. — Griffin: Die locale Behandlung der Syphilis im Halse. — Gouguenheim und Mendel: Epithelioma des falschen Stimmbandes; endolaryngeale Exstirpation. — Barnabei: Primäre erysipelatöse Angina durch Streptococcus. — Bitot: Hysterischer Husten. — Boudeson: Fremdkörper im rechten Bronchus. — Pendleton: Fremdkörper in den Luftwegen verloren, nebst Beispielen. — Gleason: Value of antipyrin as a local application in inflammation of the mucous membrane of the upper respiratory tract. — Hieguet: Fall von hysterischer Aphonie. — Browne: Angiom des Larynx mit Trauma. — Schiffers: Stenose der Trachea und des Larynx durch Compression. — Symonds: Acht Fälle von Cysten und Adenomen des Corpus thyreoideum durch Exstirpation behandelt. — Ruault: Beobachtung, geeignet zum Studium der neuropathischen Larynxstenosen. — Luc: Syphilitische Larynxstenose durch Auskratzen ohne Tracheotomie geheilt. — Sokolowski: Pathologie und Behandlung der chronischen hypertrophischen Laryngitis subglottica. — Neill: Pflaumenkern in der Trachea. — Schwartz: Verhalten bei Vorhandensein eines Fremdkörpers in den oberen Luftwegen. — Constantin: Fremdkörper in der Trachea eines einjährigen Kindes; Tracheotomie, Schwierigkeiten beim Entfernen der Canüle. — Bouchard: Fibromucöser Polyp. — Girod: Wirkung des atmosphärischen Druckes auf die Trachea nach ausgeführter Tracheotomie. — Villemin: Ueber die Prophylaxe der Tuberculose. — Juffinger: Mittheilungen aus der laryngologischen Klinik Schrötter's. — Grant: Larynxcarcinom mittelst Thyreotomie behandelt. — Neumann: Beitrag zur Entstehungsgeschichte des Larynxcarcinoms. — Schwartz: Drei Beobachtungen über Laryngotomia intercrico-thyreoidea. — Polikier: Fremdkörper im Oesophagus bei Kindern. — Roe: Strictur des Oesophagus in Folge interstitieller Verdickung seiner Wände. — Martin: Psychische Störungen bei der Basedow'schen Krankheit.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Univers.
Wien

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie an d. Universität
München

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor und Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität **Wien**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXVI. **Berlin, März 1892.** **No. 3.**

I. Originalien.

(Arbeit aus der oto-laryngologischen Universitätsklinik in Basel.)

Beitrag zur Aetiologie und Therapie des Empyema Antri Highmori.

Von

Aug. Kuchenbecker, Assistent der Klinik.

Das Empyema Antri Highmori ist eine in ihrem Wesen und Verlauf noch nicht völlig aufgeklärte Krankheit, welche gegenwärtig das Interesse der Rhinologen in hohem Grade rege erhält. Wenn nun auch gerade in letzter Zeit die Publicationen über diesen Gegenstand sich gehäuft haben, so glaube ich doch, dass die vorliegende Arbeit noch Neues bringen wird, namentlich was das Kapitel Aetiologie betrifft.

Die der Arbeit zu Grunde liegenden und am Schlusse tabellarisch zusammengestellten 31 Krankengeschichten sind dem Material der von Siebenmann geleiteten oto-laryngologischen Universitätsklinik und der Privatpraxis von Dr. Siebenmann entnommen.

A. Aetiologie.

Die Empyeme der Highmorshöhle lassen sich mit Rücksicht auf ihre Entstehung — wenn wir von den luetischen Processen, sowie von den-

Digitized by Google

jenigen seltenen Fällen absehen, wo ein Trauma der Wangengegend die Ursache bildete — in 2 Hauptgruppen theilen, nämlich in:

1) solche nasalen,
2) in solche dentalen Ursprungs. — Eine fernere Ursache bilden 3) Geschwülste im Antrum.

Dazu möchten wir namentlich auf Grund unserer Untersuchungen noch eine selbstständige neue Gruppe hinzufügen, nämlich

4) diejenige Form, welche ihre Entstehung Allgemeinerkrankungen, insbesondere acuten Infectionskrankheiten verdankt.

Traumen:

Ueber die Entstehung des Empyems durch Trauma haben wir keine eigenen Erfahrungen, befindet sich doch unter unseren 31 Fällen kein einziger, wo ein Schuss, ein Stich in's Gesicht, ein Schlag oder Fall auf den Kopf als Ursache der Eiterung angenommen werden konnte. Beispiele von Entstehung latenten Empyems durch Stoss oder Fall auf die Wangengegend sind die Fälle von Killian, Bayer und Godlee. Die beiden zuerst genannten Autoren nehmen an, dass ein Bluterguss entweder direct in das Antrum oder zwischen Mucosa und Knochenwand stattfinde, und dass sich später faulige Zersetzung desselben einstelle. Diese Entstehungsweise des Empyems dürfte wegen der geschützten Lage des Antrum Highmori selten sein, jedenfalls ist dieselbe aber erwähnenswerth. Interessant sind die beiden von Langenbeck im Archiv f. klin. Chirurgie 1869 mitgetheilten Fälle; hier trat Empyem nach Durchschneidung des Nervus supraorbitalis auf.

Weit häufiger ist diejenige Form des Empyems, welche ihre Entstehung einem von der Nase, namentlich aber einem von den Zahnalveolen aus einwirkenden Trauma verdankt, und auf welche wir weiter unten eingehen werden bei den Empyemen nasalen und dentalen Ursprungs. Ebenso werden wir auch die Fremdkörper, welche von der Nase oder vom Munde aus in die Highmorshöhle gelangen können, in den beiden zunächstfolgenden Capiteln besprechen.

I. Nasaler Ursprung.

In gewissen Fällen wird ohne Zweifel die natürliche Oeffnung der Nasenhöhle gegen das Antrum — Ostium maxillare und Foramen accessorium — auch zugleich die Eingangspforte einer Affection der Nasenhöhle bilden. So würden vielleicht einzelne Rhinologen, wie Fränkel, Hartmann, Zuckerkandl, bei No. 27 unserer Fälle Ozaena als ätiologisches Moment für das Zustandekommen des Empyems ansehen. Indessen müssen wir an dieser Stelle daran erinnern, dass die Ozaena, soweit unsere Beobachtungen reichen, nicht auf einer circumscripten Stelle der Nase entsteht und von dort aus sich in der Nasenhöhle ausbreitet, sondern dass wir gewöhnlich gleichzeitig die ganze Mucosa des Cavum nasale und event. der benachbarten Partien (Pharynx, Larynx, Trachea) von diesem Processe befallen sehen. Es liegt nun unter diesen Umständen die Wahrscheinlichkeit eben so nahe, dass in Fällen, wie der erwähnte (No. 27), wo Ozaena der Nase mit äusserst hartnäckigem Empyem der Nebenhöhlen anscheinend von Anfang an vergesellschaftet ist, diese Processe als atrophirender Catarrh an beiden Orten gleichzeitig auftreten,

Digitized by Google

und dass nicht der eine vom anderen irgendwie abhängig ist. Wir würden also weder Michel, welcher das Empyem als das Primäre ansieht, zustimmen, noch dürften wir Fränkel, Hartmann, Zuckerkandl überall beipflichten, welche umgekehrt die Ozaena als die Ursache des Empyems betrachten. Ein Beispiel letzterer Entstehungsart wäre vielleicht Fall 29, wo zwar das Empyem, nicht aber die Ozaena geheilt wurde.

Als seltene, bei keinem unserer Fälle zutreffende Ursache ist weiterhin zu nennen: Verletzung von der Nasenhöhle aus. So sah Schmiegelow unter 11 Operationen in der Nasenhöhle eine, welche Empyem der Highmorshöhle zur Folge hatte[1]).

Bei Fall 5 unserer Tabelle ist das Empyem acut aufgetreten nach einem Bade. Die Wahrscheinlichkeit spricht dafür, dass hier durch das Ostium maxillare, welches bei diesem Patienten weit ist, etwas von dem Badewasser in die Highmorshöhle eindrang und dort eine Entzündung hervorgerufen hat. Es bietet ein solcher Vorgang nichts Auffälliges, namentlich wenn man bedenkt, wie sehr die Nasenschleimhaut und auch andere Gewebe des Körpers durch gewöhnliches Wasser gereizt werden, und wie andererseits in den Räumen des Mittelohres, welche mit ähnlicher Mucosa wie die Highmorshöhle ausgekleidet sind, das Eindringen von Wasser bekanntlich Veranlassung zur Entstehung einer eitrigen Entzündung geben kann.

Hartmann (Zeitschrift f. Ohrenheilk. Bd. X) giebt die Krankengeschichten von 3 Fällen, wo Empyem der Highmorshöhle durch Tamponade der Nasenhöhle mit Liquor ferri-Watte erzeugt worden war. Auf die nämliche Ursache ist das Empyem bei Fall 2 unserer Tabelle zurückzuführen.

II. Dentaler Ursprung.

Unbestritten und längst bekannt ist der dentale Ursprung des Empyems. Ein Trauma, welches die Zahnalveole trifft oder Periostitis, welche von cariösen Zähnen ausgeht, bilden hier die beiden Hauptursachen.

Wir wissen über einige Fälle zu berichten, bei denen ungeschickte oder verunglückte Zahnextraction die Ursache des Empyems war, so bei No. 8, 12 und 14 unserer Krankengeschichten; bei No. 10 hatte das Einsetzen eines Molarstiftzahnes Zahnwurzelentzündung und später Empyem im Gefolge. Schütz, Jeanty und Chiari berichten über ähnliche Fälle. Lichtwitz wurde von einem geschickten Zahnarzte ein Fall mitgetheilt, bei welchem die blosse Anlegung der Zange oder des Zahnschlüssels genügt hatte, um die Wurzeln der betreffenden Zähne in das Antrum hinein zu treiben. Es gehört dieser vielleicht zu den nicht gerade seltenen Fällen, bei denen die Zahnwurzeln direct in das Antrum Highmori hineinragen oder nur durch eine papierdünne Knochenschichte davon getrennt sind. Bei No. 3, 11 und 12 der von Siebenmann beobachteten Fälle gelangte die Sonde von der Alveole des extrahirten Zahnes aus direct in's Antrum Highmori. So sah auch

[1]) Nach Schluss dieser Arbeit kam zur Beobachtung ein Fall von Highmorshöhlenempyem, bei welchem die Eiterung ganz acut aufgetreten war im Anschluss an eine Cauterisation des mittleren Nasenganges. Aus den vorhandenen Narben und ausgedehnten Verwachsungen zu schliessen, war dieses Brennen auch in anderer Beziehung unzweckmässig vorgenommen worden.

Digitized by Google

Spitzer bei einem Kinde ein Empyem, das dem Hineinwachsen eines Milchzahnes in das Antrum seine Entstehung verdankte. — Auf Zahnwurzelentzündung führen das Entstehen ihres Empyems zurück ausserdem No. 1, 6, 11 und 19 unserer Fälle.

Die dentale Form des Empyems wurde, was die Häufigkeit anbelangt, bis vor kurzer Zeit allgemein (so neuerdings wieder von Scheff) in den Vordergrund gestellt. Doch mehren sich gegenwärtig die Stimmen, welche erklären, dass für die Entstehung des Empyems wesentlich nach anderen Ursachen gesucht werden müsse. In der That besteht ja ein auffälliges Missverhältniss zwischen der Häufigkeit des Vorkommens einerseits von hochgradigster Zahncaries und periostalen Abscessen des Oberkiefers, andererseits von Empyem der Oberkieferhöhle. Selbst wenn wir bei einem Empyema Antri Highmori Zahncaries mit durchaus negativem Nasenbefund antreffen, ist noch keineswegs in solchen Fällen der dentale Ursprung des Empyems genügend erwiesen. Auch das Vorhandensein von Granulationen an den Wurzeln der betreffenden extrahirten cariösen Zähne ist noch nicht überzeugend; nur wenn ein Empyem gleichzeitig mit einer acuten Periostitis acut auftritt, oder wenn die Sonde nach der Extraction des cariösen Molar oder Praemolar direct in das Antrum Highmori geführt werden kann, also wie bei No. 3, 11 und 12 unserer Fälle, möchten wir die Zahncaries als Ursache der Oberkieferhöhleneiterung sicher ansprechen.

Hierher möchten wir auch jene Fälle rubriciren, wo eingedrungene Fremdkörper die Eiterung der Highmorshöhle verursachten oder unterhielten. Solchen Angaben über abgebrochene und eingedrungene Zahnwurzeln (vide oben), Hartgummistifte, Laminaria, Wattetampons begegnen wir in der Literatur nicht selten, obwohl es in der Natur der Sache liegt, dass bei Weitem nicht alle derartigen Fälle publicirt werden.

Noch schwanken die Ansichten, ob der dentale oder der nasale Ursprung des Empyems der häufigere sei. Zuckerkandl, Bronner, Krause, Hartmann nehmen das Letztere an.

Unsere Statistik mit ihren allerdings nicht grossen Zahlen spricht für das Vorwiegen des dentalen (10 Fälle) gegenüber dem nasalen Ursprung (4 Fälle).

III. Geschwülste im Antrum.

Im manchen Fällen von Neubildungen in der Highmorshöhle muss es unentschieden bleiben, ob dieselben als Ursache, Wirkung oder als zufällige Complication anzusehen sind. Eiterung des Antrum bei Epithelial-Carcinom dieser Höhlenwand beobachteten wir bei 2 Fällen (vergl. No. 30 und 31 unserer Tabelle) [2]).

Cysten des Sinus maxillaris wurden von den verschiedensten Autoren beobachtet. Polypen sahen Luschka, Zuckerkandl, Schäffer, Rutter und Andere. Heymann demonstrirte auf der 63. Versammlung deutscher Naturforscher in Bremen 15 Präparate von Polypen der Highmorshöhle, welche er bei der Section von 147 Leichen angetroffen hatte, auch wir sahen in zwei Fällen von äusserst hartnäckigem Empyem nach breiter Eröffnung der Oberkieferhöhle dieselbe ganz angefüllt durch die gewucherte Mucosa (Fall 10). Bei Fall No. 7 scheint das Empyem durch

[2]) Sowie kürzlich in einem Fall von Lymphosarcom des Retronasalraumes.

Digitized by Google

Platzen einer jener Cysten hervorgerufen zu sein, welche sich zuweilen in den Nebenhöhlen der Nase finden und welche wahrscheinlich als Retentionscysten zu deuten sind. Dieselben enthalten im Anfange eine seröse Flüssigkeit, welche sich später eindickt und die atherombreiartige Beschaffenheit annimmt, wie wir sie bei dem erwähnten Falle an den ausgespritzten Massen beobachteten.

Ein Fall von Elfenbein-Osteom der Kieferhöhle, welchen wir in unserer Poliklinik zu untersuchen Gelegenheit hatten (und welcher später von Prof. Socin operirt wurde), zeigte nie irgend welche Spuren von Eiterung aus der betreffenden Nasenhälfte.

Erwähnung verdient an dieser Stelle auch der von Zarniko (Deutsche med. Wochenschr. 1891, No. 44) beobachtete Fall von Aspergillusmycose der Kieferhöhle. In Folge vorangegangener luetischer Processe war hier die Communication zwischen Nasenhöhle und Sinus maxillaris eine abnorm weite. Der Inhalt der Kieferhöhle wurde gebildet durch rahmigen, übelriechenden Eiter und Pilzrasen (Aspergillus fumigatus)[3]).

Die Unzulänglichkeit der bisherigen Anschauungen über die Aetiologie des Empyems der Kieferhöhle, die Unmöglichkeit, bei den meisten dieser Fälle den Ursprung auf nasale, dentale oder auf andere locale Schädlichkeiten zurückzuführen, spricht, wie schon oben bemerkt, deutlich aus einzelnen neueren Publicationen (vergl. auch Greville, Mac Donald, Robertson, Allen).

Wir freuen uns, im folgenden Capitel nicht unwesentlich beitragen zu können zur Ergänzung dieser fühlbaren Lücke.

IV. Allgemeinerkrankungen.

Nach unseren Beobachtungen und Untersuchungen scheinen die acuten Infectionskrankheiten und unter diesen besonders die Influenza in der Pathologie des Empyema Antri Highmori eine weit wichtigere Rolle zu spielen, als bisher angenommen wurde.

Jeanty unter Berufung auf Birch-Hirschfeld — Lehrbuch der pathologischen Anatomie 1877 — erwähnt in seiner beachtenswerthen Arbeit, dass der Nasencatarrh, welcher die acuten Infectionskrankheiten begleitet, auch secundär auf das Antrum Highmori übergreifen könne, und mit dieser Ansicht befindet er sich in Uebereinstimmung mit den meisten neueren Autoren.

So sahen Weichselbaum, Jeanty, Michelson, Zuckerkandl, Zuccarini etc. Empyem ebenfalls bei Infectionskrankheiten auftreten: bei Scharlach, Typhus, Erysipel, Diphtherie und Rotz; genannte Autoren

---

[3]) Zarniko sagt: „Unvereinbar finde ich mit der vorstehenden Beobachtung die Angaben Siebenmann's, dass Aspergillus auf faulenden Substraten und Eiter nicht gedeihe". Daraufhin haben wir nur das zu erwidern, dass Zarniko in seiner Mittheilung durchaus nicht beweist, dass die entfernten Pilzmassen auf Eiter gewachsen seien. Viel wahrscheinlicher ist es, dass der Pilzrasen auf serösem Secret der Highmorshöhle sich entwickelte, später aber — wie wir dies im Ohr regelmässig beobachten — mehr oder weniger reizte, Eiterung verursachte und dann abgestossen wurde (vergl. ausserdem: Siebenmann „Ein zweiter Fall von Schimmelmycose des Rachendaches". Monatsschrift f. Ohrenheilk. 1889, No. 4).

Digitized by Google

scheinen der Ansicht zu sein, dass diese Fälle unter diejenigen nasalen Ursprunges einzureihen seien.

Die Erfahrungen, die Siebenmann in der Klinik und am Sectionstisch gewonnen hat, stimmen, wie wir sofort ausführlich mittheilen werden, mit dieser Anschauung des „fortgeleiteten Catarrhs" durchaus nicht überein. Ausserdem sind es auch theoretische Bedenken, welche sich uns lebhaft aufdrängen gegenüber diesem allgemein stillschweigend acceptirten Dogma, dass vorwiegend die infectiösen Nasencatarrhe auf die Highmorshöhle sich ausdehnen, nicht aber die idiopathische Rhinitis acuta. Und warum sollte sich das toxische Agens der Infectionskrankheiten in seiner Wirkung von Anfang an auf die Schleimhaut der eigentlichen Nasenhöhle localisiren müssen? Sehen wir doch so häufig neben dem Influenzaschnupfen gleichzeitig, und zwar schon am ersten Krankheitstage, Empyem auftreten in Cavitäten, die — wenn auch dem oberen Theile des Respirationstractus angehörend — doch von der Nase mehr oder weniger weit entfernt liegen, z. B. in den Räumen des Mittelohres. So erscheinen ebenfalls bei Scharlach die heftigsten Entzündungen des Mittelohres oft unmittelbar und gleichzeitig mit der Entzündung des Rachens und der Nase, so dass es auch hier in vielen Fällen paradox erscheinen würde, wenn man diese Mittelohreiterung als secundär vom Rachen fortgeleitete Entzündung auffassen wollte; der zeitliche Verlauf spricht häufig gegen eine solche Anschauung.

Aus unseren klinischen Erfahrungen geht mit Bestimmtheit hervor, dass schon am ersten Tage der Allgemeinerkrankung Empyem der Oberkieferhöhle auftreten kann, so bei No. 16, 17, 22, 25, 28, wo Influenza, und bei No. 21, wo Pneumonie als Ursache anzusehen ist; Fall No. 26 war mit acuter Bronchitis vergesellschaftet. Wahrscheinlich gehört auch Fall 24 hierher, indem der initiale Schnupfen hier zur Zeit der Influenzaepidemie auftrat.

Schon bestehende Empyeme erfahren durch Influenza bedeutende Verschlimmerung, so Fall No. 8 und 9.

Ausser den oben erwähnten Beobachtungen bei unseren Krankheitsfällen und ausser den vereinzelten Berichten anderer Autoren sprechen für die ätiologische Bedeutung der Infections-Krankheiten noch die Sectionsergebnisse.

Siebenmann fand bei 3 Typhusleichen acutes Empyem der Keilbeinhöhlen. Die betreffenden Sectionsprotokolle berichten uns allerdings meistens nur über den Befund der Keilbeinhöhle und seltener über denjenigen der Highmorshöhle. Allein es ist sicher anzunehmen und auch Zuckerkandl spricht sich im gleichen Sinne aus, dass nicht nur eine der Nebenhöhlen isolirt an eitriger Entzündung der Mucosa erkrankt, sondern dass das ganze System der Nebenhöhlen, also auch die Highmorshöhle, zu gleicher Zeit und im gleichen Masse afficirt wird.

Aetiologisch hochwichtig ist, wie schon bemerkt, die Influenza. In der Sitzung der Gesellschaft der Wiener Aerzte am 31. Januar 1890 und in der Wiener klinischen Wochenschrift berichtete Weichselbaum, dass er bei 10 an Influenza verstorbenen Leichen, welche er darauf hin untersuchte, stets eine Entzündung der Nebenhöhlen der Nase gefunden habe und dass sich aus dem Eiter des Frontal- und Maxillarsinus hauptsächlich der (Fraenkel-Weichselbaum'sche) Pneumo-

Digitized by Google

coccus, in einem Falle der Staphylococcus pyogenes aureus habe züchten lassen. Die Kieferhöhlen waren in der Regel am meisten ergriffen, indem beide oder wenigstens eine derselben mit Eiter erfüllt waren, während in den anderen Nebenhöhlen entweder geruchlose Mengen von Eiter oder Schleim, oder blos eine seröse Flüssigkeit enthalten waren. Weichselbaum glaubt daher annehmen zu dürfen, dass der Process in der Kieferhöhle begonnen und dann erst die übrigen Höhlen ergriffen habe.

In der Berliner medicinischen Gesellschaft (Deutsche medicinische Wochenschrift 1890) berichtete Professor Ewald über einen tödtlich verlaufenen Fall von Empyem der Nebenhöhlen der Nase, welcher im Verlaufe der Influenza aufgetreten war.

Diese Mittheilung betraf den Basler Arzt R., welcher während seines Berliner Aufenthaltes im Winter 89/90 von Influenza befallen worden war und bei welchem 14 Tage später linkerseits Schmerzen im 2. Trigeminusast und in der 3. Woche 2 Schüttelfröste auftraten. Patient verlor dann rasch das Bewusstsein; es stellte sich geringes Oedem der linken Augengegend ein nebst leichter Prominenz des Bulbus. Küster eröffnete die linke Highmorshöhle und entleerte stinkenden Eiter. Trotzdem starb Patient, ohne dass das Coma nachgelassen hätte. Die Section ergab eine beschränkte eitrige Basilar-Meningitis und ausserdem Empyem beider Highmorshöhlen und der Siebbeinzellen. Im Eiter der Meningen fand sich der Staphylococcus pyogenes aureus.

In der Sitzung der medicinischen Gesellschaft zu Basel vom 6. Februar 1890, durch ein umfassendes Referat vom Physikus Dr. Lotz eingeleitet, wurde die sich hier anschliessende Discussion von verschiedenen Seiten eingehend benützt. Bei dieser Gelegenheit berichtete Siebenmann über seine otologischen Erfahrungen und bemerkte zugleich, dass die den Influenzaleichen entnommenen und von ihm untersuchten Felsenbeine sämmtlich vermehrte Injection der Mittelohrschleimhaut bei geringer oder fehlender Schwellung derselben zeigten. Ausserdem war auffallend, dass die am Präparate stets erhaltenen Keilbeinhöhlen sich im Zustande intensiver Entzündung befanden.

Als Beleg für die Anschauung, dass dieser Befund kein zufälliger sei, mögen folgende Thatsachen dienen. Vom 1. Januar bis 10. Februar erhielt Siebenmann 8 Felsenbeine mit der Keilbeinhöhle zur Untersuchung von während dieses Zeitraumes an den verschiedensten Krankheiten verstorbenen Personen. Die Todesursachen waren folgende: Vitium cordis, Pleuritis et Pericarditis, croupöse Pneumonie, Phthisis pulmonum, Ulcus ventriculi chronic., Phthisis pulmonum et laryngis, Trauma. Bei zwei Sectionen zeigte sich eitriger geruchloser Inhalt und eine enorme sulzige Schwellung der Keilbeinmucosa, bei dreien fand sich die letztere verdickt, roth, derb und ebenfalls mit geruchlosem, eitrigem Secret erfüllt. In einem Keilbeine hatte diese Verdickung myxomatösen Charakter, ähnlich den Schleimpolypen der Nase angenommen, und eine Keilbeinhöhle enthielt bei anscheinend normaler Mucosa etwas seröses Exsudat mit einer Fibrinflocke. Nur bei einem einzigen Präparat war die Keilbeinhöhle frei von entzündlichen Erscheinungen.

Macroscopisch erschien die Schleimhaut bei unseren Influenzafällen meistens enorm angeschwollen, grau, glatt oder flach höckerig, in anderen Fällen gegen die Oberfläche hin sich in eine sulzige Masse verwandelnd und als solche ohne bestimmte Grenze in den schleimigen Eiter des die Mucosa bedeckenden Secretes übergehend. Es sind dies Befunde, welche

Digitized by Google

uns in mancher Hinsicht an pathologische Veränderungen des Antrum petrosum und der Terminalzellen der pneumatischen Mittelohrräume erinnern.

Auf microscopischen Schnitten zeigte sich seröse Durchtränkung der Mucosa und Lockerung der Submucosa, theilweise mit Bildung grösserer spaltförmiger und cystenartiger Hohlräume des periostalen Bindegewebes; das Epithel ist stellenweise noch annähernd normal, an anderen Stellen abgestossen und in energischer Regeneration begriffen. Häufig erschien das noch vorhandene Epithel gequollen, eigenthümlich in die Länge gezogen und in schleimiger Umwandlung begriffen. Einzelne der Epithelzellen machten den Eindruck von Becherzellen; grössere und kleinere Blutextravasate wurden selten vermisst. Diese von Influenza herrührenden Keilbeinschleimhäute wurden für die microscopische Untersuchung von Siebenmann in Flemming'scher Lösung fixirt, in Paraffin eingebettet und ein Theil der Schnitte mit Weigert'schen Fibrinbacterienfärbung behandelt; dabei zeigten sich weniger auf der Oberfläche als namentlich in den tieferen Lagen grössere und kleinere Nester von Coccen, deren Form und Lagerung indess keine weiteren Schlüsse gestatteten.

Der Umstand, dass der eitrige Inhalt der untersuchten Nebenhöhlen geruchlos war, spricht entschieden dafür, dass es sich hier um acute und nicht um chronische Processe handelte.

Vom 11. Februar bis 28. März erhielt Siebenmann, ebenfalls wieder ohne Auswahl, 9 Felsenbeine, bei welchen durchgehends die damit noch verbundenen Keilbeinhöhlen sich als gesund erwiesen.

Nach den amtlichen Berichten des Basler Sanitätsdepartementes fielen die Hauptzahlen der Influenza-Erkrankungen in die Zeit vom 22. December bis 25. Januar. Es wurden nämlich vom 22. December bis 28. December 586 Fälle in Basel angemeldet. Vom 29. December bis 4. Januar waren es 2326; vom 5. Januar bis 11. Januar 2284; vom 12. Januar bis 18. Januar 836; vom 19. Januar bis 25. Februar 147. Von hier ab war eine sehr schnelle Abnahme der Epidemie zu constatiren. Jene eben erwähnten Keilbeinhöhlenerkrankungen wurden also gerade in derjenigen Zeitperiode gefunden, in welcher die Influenzaepidemie in Basel auf ihrer Höhe stand.

Bei dieser Gelegenheit möchten wir mit einigen Worten darauf hinweisen, dass Siebenmann in der erwähnten Debatte der medicinischen Gesellschaft zu Basel sich dahin ausgesprochen hat, dass ein grosser Theil der bei Influenza auftretenden neuralgischen Erscheinungen höchst wahrscheinlich zurückzuführen ist auf die eitrigen Entzündungen der Nebenhöhlen der Nase. Sollte es sich zeigen, dass bei Typhus so häufig die Nebenhöhlen der Nase von eitrigen Entzündungen ergriffen sind, wie die Sectionsergebnisse Siebenmann's es für die Keilbeinhöhle festgestellt haben, so hätten wir auch eine naheliegende Erklärung für die bei Typhus so häufig auftretenden Cephalalgien.

In einer grösseren Reihe von Fällen (22,5 pCt.) unserer Krankengeschichten kann die Frage nach der Ursache des Empyems nicht entschieden beantwortet werden, insofern als keines der bis dahin angeführten ätiologischen Momente nachzuweisen ist. Es wäre nun entschieden ungerechtfertigt, wenn wir mit Gewalt diese ätiologisch unklaren

Digitized by Google

Fälle in die gleiche Rubrik bringen wollten, in welche wir die unzweifelhaft von Zahncaries herrührenden Fälle eingereiht haben. Wir haben den Eindruck, dass andere Autoren sich auf solche Weise hier aus der Verlegenheit zu helfen suchten; nachdem nun aber einmal die ätiologische Rolle der Infectionskrankheiten von uns klar nachgewiesen worden ist, wären wir eher geneigt, von diesen ätiologisch noch dunklen Fällen wenigstens einen Bruchtheil in unsere Rubrik IV einzureihen. Kommen doch alle Frühjahre, ohne dass eine eigentliche Influenza-Epidemie herrscht, sporadisch und gruppenweise Erkrankungen vor, deren klinisches Bild vollkommen demjenigen der Influenza gleicht, und von welchen kaum Jemand für immer verschont bleibt. Ebenso verhält es sich wahrscheinlich mit leichteren sporadischen Typhoiden.

Das Geschlecht scheint ohne ätiologischen Einfluss zu sein. Wenn wir die Carcinome von vornherein ausschliessen, so gehören unter unseren Erkrankten 15 dem männlichen und 14 dem weiblichen Geschlechte an.

Unter den 22 Patienten, welche Jeanty behandelte, befinden sich 11 männliche und die gleiche Anzahl weibliche Individuen. Wir können also keine besondere Disposition für das männliche Geschlecht annehmen, wie Schech gethan hat, welcher sich auf die anatomischen Befunde von Rüdinger und Reschreiter stützte. Bei den übrigen Autoren habe ich nach dieser Richtung hin keine näheren Angaben gefunden.

Das Alter der Patienten zur Zeit des ersten Auftretens der Krankheit ist ziemlich schwer zu bestimmen in Anbetracht der langen Dauer der Affection und der in dieser Beziehung gewöhnlich lückenhaften Anamnese. Wir geben in der nachstehenden Tabelle (mit Ausschluss der carcinomatösen Empyeme) in übersichtlicher Weise das Alter unserer Patienten an:

Alter:		Anzahl der Erkrankten:
15—20 Jahre	(No. 13: 19 J.; No. 9: 16 J.; No. 24: 18 J.)	= 3.
21—30 Jahre	(No. 2: 29 J.; No. 20: 25 J.; No. 27: 24 J.; No. 28: 26 J.; No. 29: 23 J.; No. 6, 18, 22: 30 J.)	= 8.
31—40 Jahre	(No. 17: 32 J.; No. 7: 33 J.; No 1, 8: 35 J.; No. 12, 19, 21: 36 J.; No. 11, 14: 37 J.) .	= 9.
41—50 Jahre	(No. 4: 48 J.; No. 13: 44 J.; No. 15: 49 J.; No. 16: 42 J.; No. 23: 41 J.)	= 5.
51—60 Jahre	(No. 10: 52 J.; No. 25: 51 J.; No. 26: 56 J.)	= 3.
61—70 Jahre	(No. 5: 64 J.)	= 1.

Nach unseren Beobachtungen ist also die Krankheit am häufigsten in jüngeren und mittleren Jahren, nämlich vom 20.—40. Lebensjahre. Das jugendliche Alter scheint dagegen verschont zu sein, wenigstens liegen zur Zeit nur spärliche und vereinzelte Angaben darüber vor. Heath sah ein Empyem bei einem Neugeborenen (???), Spitzer (s. oben) ein solches bei einem 10jährigen Mädchen.

Beschäftigung: Unsere Krankengeschichten, sowie diejenigen anderer Beobachter geben uns durchaus keinen Anhaltspunkt dafür, dass der eine oder andere Beruf für eine Erkrankung der Highmorshöhle besonders disponirt sei. Unter unseren Kranken befinden sich: 1 Pfarrer,

Digitized by Google

1 Arzt, 3 Kaufleute, 1 Lehrer, 1 Postangestellter, 1 Färbereibesitzer, 1 Cementfabrikant, 3 Fabrikarbeiter, 1 Säger, 1 Kutscher, 1 Zeichner. Die weiblichen Patienten waren ihrem Berufe nach: 1 Posthalterin, 5 Hausfrauen, 1 Wäscherin, 1 Dienstmagd, 1 Glätterin, 4 Fabrikarbeiterinnen, 1 ohne Beruf.

Recapituliren wir zum Schlusse noch einmal unsere Fälle in einer Eintheilung, wie sie durch die vier oben geschilderten Gruppen gebildet wird, so hätten wir — nach der Häufigkeit des Vorkommens geordnet —:

1) Dentaler Ursprung . . . 10 Fälle = 32 pCt.
2) Allgemeinerkrankungen 7 „ = 22,5 „
3) Nasaler Ursprung . . . 4 „ = 13 „
4) Geschwülste . . . . . 3 „ = 10 „
5) Unbekannte Ursache . 7 „ = 22,5 „

(Fortsetzung folgt.)

Zur Technik der Knochenleitungsprüfung.

Von

Dr. **R. Kayser,** Breslau.

Man mag über den diagnostischen Werth der Knochenleitungsprüfung mittelst Stimmgabeln denken wie man will, soviel wird doch allgemein zugestanden, dass die Prüfung der sog. Knochenleitung für eine vollkommene Untersuchung des Gehörorgans unerlässlich ist, und dass hierdurch gewisse Anhaltspunkte geliefert werden, welche bei der diagnostischen Abschätzung eines Krankheitsfalls mit in Rechnung zu stellen sind. Allgemein gelten heute als die wichtigsten und gebräuchlichsten Untersuchungsmethoden der Knochenleitung folgende:

1) Untersuchung der Localisirung resp. Lateralisirung der Ton-Empfindung bei einer auf die Mitte des Kopfes aufgesetzten Stimmgabel (Weber'scher Versuch).

2) Untersuchung der zeitlichen Differenz in der Tonempfindung einer Stimmgabel bei Knochenleitung gegenüber der Luftleitung (Rinne'scher Versuch).

3) Untersuchung der zeitlichen Differenz in der Perceptionsdauer einer Stimmgabel durch Knochenleitung bei einem kranken Individuum gegenüber einem Gesunden resp. normal Hörenden.

Die Forschungen der letzten Jahre haben insbesondere der 3. Methode eine erhöhte Bedeutung verschafft. Die sorgfältigen und eingehenden Untersuchungen von Schwabach und Bezold haben zu dem Ergebniss geführt, dass die Resultate dieser Untersuchungsmethode ein viel sichereres Urtheil in diagnostischer Beziehung gestatten, als die beiden anderen Methoden. Es ist von beiden genannten Forschern übereinstimmend nachgewiesen worden, dass die Perceptionsdauer einer auf den Scheitel aufgesetzten Stimmgabel bei Erkrankungen des schallleitenden Apparats sich wesentlich länger erweist, als bei gesunden Personen, dass dagegen bei Affectionen des schallempfindenden Apparats dieselbe der beim Normalhörenden eruirten entweder gleichbleibt oder geringer ist, als diese. Schwabach fand bei Affectionen des Schallleitungsapparates

Digitized by Google

die Perceptionsdauer durch Knochenleitung verlängert in 88,8 % der Fälle, nicht verlängert in 11,2 %, bei Affectionen des Schallempfindungsapparats war die Perceptionsdauer verkürzt in 96,8 % und der normalen gleich in 3,2 %.

So bedeutungsvoll demnach diese 3. Untersuchungsmethode erscheint, so haften doch gerade ihrer Ausführung besondere Schwierigkeiten und Fehlerquellen an. Die wichtigsten derselben sind:

1) Ungleichmässige Intensität des Anschlags der Stimmgabel. Zur Vermeidung dieses Fehlers hat Eitelberg an die Stimmgabel einen Percussionshammer befestigt, welcher in mechanischer Weise einen gleichmässigen Anschlag hervorbringt — eine Vorrichtung, die sich doch nicht allgemein eingebürgert zu haben scheint.

2) Ungleichmässiger Druck der Stimmgabel auf den Kopf.

3) Grosse Zeitaufwendung bei der doppelten Prüfung sowohl des Kranken, als der Normalhörenden.

4) Unsicherheit der Zeitangabe, wann die Tonempfindung aufhört.

Ich habe nun eine Modification dieser Untersuchungsmethode in Anwendung gebracht, wodurch die erwähnten Schwierigkeiten bis auf die letzte mit Sicherheit beseitigt werden und die Ausführung der Untersuchung in der einfachsten und bequemsten Weise von Statten geht. Meine Modification besteht darin, dass ich die Stimmgabel nicht direct auf den Kopf des Untersuchten und des zum Vergleich bestimmten Normalhörenden, sondern auf die Mitte eines Holzstabes setze, dessen Enden an die entsprechenden Warzenfortsätze der beiden Personen angedrückt sind. Wird irgend eine Stimmgabel, mit beliebiger Stärke angeschlagen, auf die Mitte eines Stabes aufgesetzt — ich will ihn Schallleitungsstab oder Schallconductor nennen —, welcher vom Warzenfortsatz des Untersuchten zum Warzenfortsatz der Normalperson führt, so hören beide zu gleicher Zeit durch Knochenleitung den Ton. Wenn nun der Untersuchte durch irgend ein Zeichen angiebt, dass bei ihm die Tonempfindung aufgehört hat, so kann die Normalperson sofort beurtheilen, ob die Perceptionsdauer des Untersuchten verlängert, verkürzt oder gleich lang wie bei ihr selbst ist. Fungirt der Arzt selbst als Normalperson, so hat er den nicht zu unterschätzenden Vortheil, die Art und den Ablauf der Tongebung seitens der Stimmgabel während der Untersuchung zu controliren. Es ist klar, dass bei der geschilderten Modification die Fehlerquelle des ungleichen Anschlags vollkommen wegfällt. Ebenso ist ein ungleicher Druck auf den Kopf ausgeschlossen, da der Schallconductor durch gemeinsamen Gegendruck beider Köpfe festgehalten wird. Ferner ist die ganze Untersuchung erheblich abgekürzt, indem zwei zeitbestimmende Untersuchungsakte auf einen reducirt sind. Nur die eine Fehlerquelle: die Unsicherheit in der subjectiven Angabe bleibt bestehen, allein sie ist allen Stimmgabeluntersuchungen gemeinsam, und kann nur durch die Häufigkeit der Versuche verringert werden.

Was nun die Construction des Schallconductors betrifft, so ist sie sehr einfach und kann von jedem Tischler mit Leichtigkeit angefertigt werden*). Als Material ist Holz gewählt, weil nach den Untersuchungen

*) Instrumentenmacher H. Härtel in Breslau, Weidenstr. 33, liefert den nach meiner Angabe gefertigten Schallconductor zum Preise von 1,25 Mk.

Digitized by Google

von Vierordt Holz ein ausgezeichneter Schallleiter ist, wie wir ja auch unsere Stethoscope von Holz anfertigen lassen. Auf Grund der weiteren Angaben von Vierordt, dass der Widerstand bei der Schallleitung proportional der Länge und umgekehrt zum Querschnitt wächst, erscheint es zweckmässig, den Schallleitungsstab nicht zu lang und nicht zu dick zu machen. Ich habe dem Schallconductor eine Länge von ca. 60 Ctm. und einen Durchmesser von 12 Mmtr gegeben, ausserdem, wie beistehende Figur zeigt,

an beiden Enden halbkreisförmige Ansatzstückchen zur besseren Anpassung an die Warzenfortsätze angebracht. Die Mitte des Stabes, wo die Stimmgabel aufgesetzt wird, ist durch eine ebene Fläche markirt, der gegenüber befindet sich ein kleiner Griff. Im Ganzen ist, wie natürlich, die Tonempfindung durch den Schallconductor etwas schwächer, als wenn die Stimmgabel direct auf den Kopf gesetzt wird, was aber keine weitere Bedeutung hat. Bei hochgestimmten Stimmgabeln kann es vorkommen, dass zu Anfang der Ton bei unverschlossenen Ohren durch Luftleitung wahrgenommen wird. Allein das gilt nur für die ersten Sekunden und ist, da es gerade auf die spätere Zeit ankommt, ohne Belang.

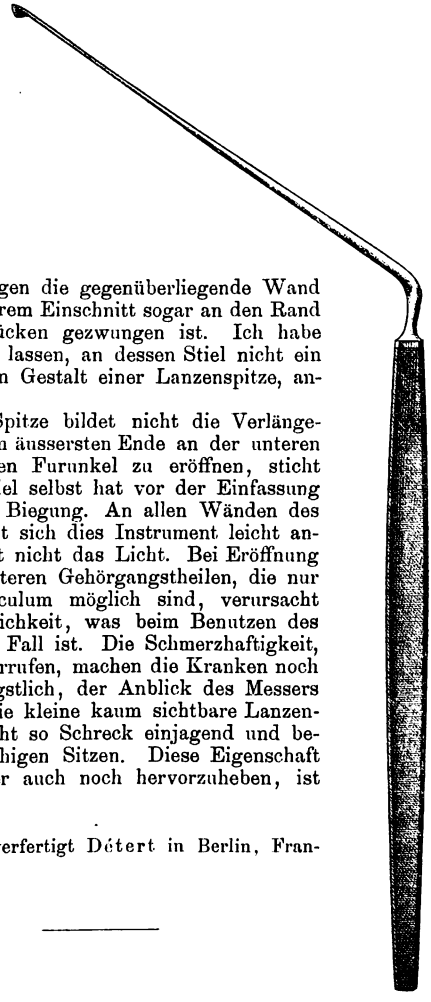
In historischer Beziehung möchte ich erwähnen, dass Urbantschitsch die Perceptionsdauer eines Stimmgabeltons für die Luftleitung prüft, indem er zwei gleichlange Enden eines ┬ Rohrs in das Ohr des Kranken und der Normalperson steckt und vor das offene Ende des kurzen Rohrs die Stimmgabel hält. Ferner hat Hassenstein vor 20 Jahren, um zu constatiren, auf welchem Ohr eine auf den Schädel gestellte Stimmgabel wahrgenommen wird, eine Stimmgabel auf den Vereinigungswinkel eines Messingcirkels — ähnlich einem Beckenmesser — gesetzt, dessen Spitzen an die Warzenfortsätze des zu Untersuchenden gedrückt wurden. Schliesslich hat Lucae, um die Wahrnehmung der Klirrtöne zu prüfen, welche beim leisen Aufsetzen der Gabel auf einen harten Körper entstehen, den Stiel einer kräftig angeschlagenen Stimmgabel mit einem kurzen Stahlcylinder in leise Berührung gebracht, dessen Ende auf den Warzentheil gesetzt oder in den äusseren Gehörgang eingeführt wurde. So nahe diese Methoden der von mir beschriebenen kommen, so ist doch der von mir vorgeschlagene Prüfungsmodus meines Wissens bisher noch nicht zur Untersuchung der Perceptionsdauer bei Knochenleitung angewendet worden. Ich glaube aber meinen „Schallconductor“ für diese als bedeutungsvoll anerkannte Untersuchung um so mehr empfehlen zu können, als dieselbe hierdurch auch in der Hand des weniger Erfahrenen ebenso leicht und bequem ausgeführt werden kann, wie der Weber'sche und Rinne'sche Versuch.

Digitized by Google

Furunculotom für den äusseren Gehörgang.

Von

Dr. med. **Koehler** in Posen.



Die von Hartmann, Politzer, v. Tröltsch u. A. empfohlenen Furunkelmesser haben vorerst an sich die Unbequemlichkeit, dass sie geradlinig sind. Bei der Incision wird stets durch die Hand das Licht stark verdeckt. Weiter haben die Messer dadurch eine unpraktische Eigenschaft, dass man beim Einschnitt den Griff in die Höhe gegen die gegenüberliegende Wand erheben muss, ja bei tieferem Einschnitt sogar an den Rand des Ohreinganges anzudrücken gezwungen ist. Ich habe ein Furunculotom machen lassen, an dessen Stiel nicht ein Messer, aber ein Dorn, in Gestalt einer Lanzenspitze, angebracht ist.[1])

Die zweischneidige Spitze bildet nicht die Verlängerung des Stieles, sie ist am äussersten Ende an der unteren Seite angebracht. Um den Furunkel zu eröffnen, sticht man einfach ein. Der Stiel selbst hat vor der Einfassung im Griff eine knieförmige Biegung. An allen Wänden des äusseren Gehörganges lässt sich dies Instrument leicht anwenden und man verdeckt nicht das Licht. Bei Eröffnung von Abscessen in den hinteren Gehörgangstheilen, die nur bei Anwendung des Speculum möglich sind, verursacht letzteres keine Unbequemlichkeit, was beim Benutzen des Furunkelmessers stets der Fall ist. Die Schmerzhaftigkeit, welche die Furunkel hervorrufen, machen die Kranken noch mehr empfindlich und ängstlich, der Anblick des Messers versetzt sie in Unruhe, — die kleine kaum sichtbare Lanzenspitze erscheint ihnen nicht so Schreck einjagend und bestimmt sie eher zum ruhigen Sitzen. Diese Eigenschaft meines Furunculotoms hier auch noch hervorzuheben, ist wohl nicht überflüssig.

---

[1]) Dies Furunculotom verfertigt Détert in Berlin, Französische Strasse 53.

Digitized by Google

Weitere Erfahrungen über Menthol bei Otitis externa furunculosa und Otitis media acuta purulenta.

Von

Dr. med. **R. Cholewa**, Ohrenarzt in Berlin.

Als Brunner (Bradford, England) auf der Heidelberger Naturforscher-Versammlung im Jahre 1889 seine Erfahrungen über Menthol bei Tubenschwellung resp. Sclerose des Mittelohres darlegte, vergass er zu erwähnen, dass ich ein Jahr vorher genau dasselbe in meinem Aufsatze[1]) über die Behandlung der progressiven Schwerhörigkeit durch die Tenotomie des Tensor tympani gesagt hatte. Von den anwesenden Otologen fand sich Keiner gemüssigt, für meine Priorität einzutreten; als aber Brunner, auf nur fünf Versuche hin, meiner Methode der Behandlung der Furunculose des Ohres[2]) vermittelst Menthol jeden Werth absprach, waren sofort zwei Herren bereit, ihm darin zu secundiren. Der eine hatte, wie er mir brieflich mittheilte, verhältnissmässig nur wenig Fälle nach meiner Methode behandelt und konnte seine Erfahrungen noch nicht als abgeschlossen betrachten. Der zweite hatte zur Zeit der Veröffentlichung meiner Arbeit im Frühjahr 89 schon eine nach seiner Ansicht „bessere Methode" erfunden (?) und kann somit nicht als unparteiisch in der Beurtheilung anderer Methoden angesehen werden. Die Folge indess dieser seltenen Uebereinstimmung dreier Collegen war, dass die Verwendung des Menthols bei Furunculose des Ohres nicht in Aufnahme kam, so dass College Grünwald (München) bei Mittheilung „seiner Methode"[3]) nicht ohne eine gewisse Genugthuung von einem „Fiasco" des Menthols bei Behandlung der Ohrfurunculose sprechen durfte. Wenn ich nun heute trotz dieser ungünstigen Situation noch einmal zu dieser Art der Behandlung der Ohrfurunculose das Wort zu nehmen wage, so geschieht dies, weil ich in den verflossenen $2^1/_2$ Jahren mehr wie neunzig Fälle von Otitis externa et furunculosa in meiner Poliklinik zu beobachten Gelegenheit hatte. In allen diesen Fällen wurde genau so wie in meiner Veröffentlichung vom Jahre 89 angegeben ist, die Behandlung sowohl von mir, wie von den bei mir arbeitenden Herren Collegen eingeleitet und haben wir bis jetzt nicht einen einzigen Misserfolg zu verzeichnen gehabt. Die Menthol-Wicken werden gut vertragen, besonders nachdem ich die Concentration der Menthol-Oel-Lösungen von 20 pCt. auf 15 und 10 pCt. herabgesetzt habe. Die Schmerzen, von der furunculösen Entzündung des Ohres ausgehend, hören denselben Tag noch auf und der Gehörgang schwillt in allen Fällen binnen 24 Stunden ab. Wenn mir entgegengehalten wurde (mündlich Prof. Dr. Zaufal), dass nach Menthol Recidive eintreten und dass es in Folge dessen nicht als „specifisch" wirksam gegen die Furunculose betrachtet werden könne, so ist das insofern nicht richtig, als Recidive durch genügend lange

---

[1]) Ueber progr. Schwerhörigkeit (Sclerose) und ihre Behandlung durch die Tenotomie des Tensor tympani. Zeitschrift für Ohrenheilkunde, XIX. Bd.

[2]) Menthol bei Furunculose des äusseren Gehörgangs. Therapeutische Monatshefte, Juni 1889.

[3]) Grünwald, Münchener med. Wochenschrift, 1891.

Digitized by Google

(8 Tage) fortgesetzte Mentholbehandlung sicher vermieden werden können. Man muss sich allerdings nicht damit begnügen, dass, wenn nach 2 bis 3 Tagen der Gehörgang vollkommen erweitert, die Schmerzen verschwunden und vollkommene Euphorie eingetreten ist, man nun die Behandlung unterbricht. Es ist dann dringend geboten, eventuell mit der Loupe den Gehörgang zu durchforschen, und so lange noch hier und da sich einige noch so geringe (circumscripte) Schwellungen desselben finden, die Behandlung fortzusetzen.

Durchschnittlich haben, bei täglicher Einführung von immer etwas stärkeren Menthol-Wicken, 8 Tage ausgereicht, um jedes Recidiv zu verhüten. Die einzige Ausnahme hiervon machen die Furunkelknötchen, welche ausserhalb oder dicht am Eingang des Gehörganges sitzen. Hier kann der Druck, welcher durch die Wicken ausgeübt werden soll, nicht recht wirken und hier ist es auch, wo ich ab und zu zum Messer greifen und spalten musste. Aber auch hier gab die Nachbehandlung mit Menthol in so fern äusserst günstige Resultate, als es rasch eine glatte Wundfläche schaffen half und deren Heilung wesentlich abkürzte.

Ich würde übrigens auf die ganze Mentholbehandlung nicht noch einmal zurückkommen, wenn ich nicht im Verlauf dieser 2½ Jahre weiter Gelegenheit gehabt hätte, Fälle zu beobachten, wo das Menthol sich als vorzügliches Mittel gezeigt hat nicht nur gegen die Verengerungen des Gehörganges, welche durch Furunculose bedingt waren, sondern auch bei solchen, die Entzündungen in der Nachbarschaft, besonders der Paukenhöhle, ihre Entstehung verdankten. Jeder Otologe weiss, dass im Anschluss an acute eitrige Mittelohr-Entzündungen, trotz der correctesten Behandlung, sich Entzündungen und dadurch Verengerungen des Gehörganges einstellen, die die weitere Behandlung der Mittelohr-Entzündung auf das Aeusserste zu erschweren geeignet sind. Es ist hierbei von der grössten Wichtigkeit, ein Mittel zu haben, welches den Gehörgang wieder eröffnet, ohne die Wandungen desselben wesentlich zu reizen und damit neue Schmerzen dem entzündeten und gereizten Organ hinzuzufügen. Dieses Mittel ist, wie ich das schon in meiner ersten Arbeit berührte, das Menthol. Auch hier wirken Mentholwicken derartig, dass sie den Gehörgang dauernd erweitern, ohne Verstopfung des Lumens des Gehörganges und Secretverhaltung herbeizuführen. Gerade in diesen Fällen feiert das Menthol seine besten Triumphe. Wenn es auch naturgemäss nicht im Stande ist, Eiteransammlungen in den Zellen des Warzenfortsatzes rückgängig zu machen, so ist es doch im Stande, solche durch Offenhalten und starke Desinfection der Paukenhöhle und ihrer Adnexa zu verhüten. Fälle, bei welchen die Aufmeisselung des Processus mastoideus unvermeidlich schien, derselbe auf Druck stark schmerzte, der Patient über Schwindelerscheinungen klagte und der Eiter nach jeder Durchspülung sich rasch von Neuem in der Paracentesenöffnung ansammelte und pulsirend hervorwälzte, nehmen einen anderen Character an. Der Eiter nimmt rapide an Menge ab, das Gehör und Allgemeinbefinden bessert sich von Tag zu Tag, der Verlauf des ganzen Falles ist kurz gesagt ein wesentlich anders gearteter, besserer geworden als man zu erwarten wagte.

Wie kommt dies? Können wir diese therapeutischen Ergebnisse der Mentholbehandlung zuschreiben? Nach Garré wird die Furunculose im Allgemeinen und nach Schimmelbusch die Ohrfurunculose im Be-

Digitized by Google

sonderen durch die Einwanderung des Staphylococcus pyogenes aureus in die Talgdrüsen und Haarbälge des Gehörganges bedingt. Auch bei der genuinen acuten Otitis media purulenta spielt dieser Pilz insofern eine grosse Rolle, als er von den drei dabei hauptsächlich ätiologisch in Frage kommenden Pilzarten sicher der dauerhafteste ist. Er ist sicher auch derjenige, der die Otitis externa im Verlauf einer acuten eitrigen Paukenentzündung erzeugt. Wir werden daher auch berechtigt sein, die durch die extreme Widerstandsfähigkeit des Staphylococcus pyogenes aureus unterhaltene Otitis med. acut. purul. mit denselben Mitteln zu bekämpfen, wie die durch denselben Pilz erzeugte Otitis externa furunculosa.

Dr. P. Roenick hat gezeigt (siehe 1. Arbeit: Menthol bei Furunculose etc.), dass es genügt, gut entwickelte Culturen von Staphylococcus pyog. aureus Mentholdämpfen längere Zeit auszusetzen, um sie unfähig zur Weiterimpfung zu machen und dass dieser Pilz auf einem nur schwach mit Menthol (0,008 : 8,0 Gramm Agar) getränkten Nährboden sich überhaupt nicht entwickelt. Dass das Menthol ein stark antiseptisches Mittel local angewandt auch gegen Diphtheritis-Affectionen der Nase ist, habe ich therapeutisch in meiner Mittheilung „Menthol bei Diphtherie der Nase“ (Therapeut. Monatshefte, 1888) nachgewiesen. Auf diese Arbeit hin ist an der Universitätsklinik zu Erlangen im Jahre 1889 das Menthol local bei Diphtheritis des Pharynx und der Nase wiederholt versucht und sind die so gewonnenen Erfahrungen in der Inaugural-Dissertation von E. Romberg niedergelegt worden. Derselbe schreibt pag. 16: „Von besonders günstigem Einfluss auf den (diphtheritischen) Erkrankungsprocess, selbst bei schweren Formen, scheint nach eigenen Erfahrungen das Menthol zu sein, dessen Anwendung auf das Wärmste empfohlen werden kann.“ Hierauf folgen 10 Krankengeschichten, welche geeignet sind, diese Ansicht zu erhärten und für deren Thatsachen sich Professor Strümpell gewissermassen durch seine Unterschrift „Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Facultät. Erlangen, 1889. Referent Prof. Dr. Strümpel“ verbürgt.

Wenn sich nun Menthol, local angewandt, so ausserordentlich kräftig gegen die Bacillen der Diphtherie und gegen den Staphylococcus pyog. aureus verhält, so können wir von vornherein annehmen, dass die übrigen bei acuter eitriger Paukenentzündung sich findenden Pilzspecies, besonders der Streptococcus pyogenes und der Diplococcus pneumoniae Fraenkel sich, bei ihrer verhältnissmässig geringeren Widerstandsfähigkeit, nicht anders als der Staphylococcus pyog. aur. gegen Menthol verhalten werden. Um aber auch diese Annahme sicher zu stellen, hat Dr. Roenick im Verein mit Dr. Troïe die Güte gehabt, eine Reihe von Versuchen zu machen, die die Widerstandsfähigkeit dieses Mal des Streptococcus pyogenes gegen Mentholdämpfe als Object hatten. Die dabei festgehaltene Versuchsanordnung bezweckt zweierlei: 1) festzustellen, ob Mentholdämpfe im Stande sind, frisch angelegte Oberflächenculturen in ihrer Entwicklung zu hemmen und 2) nachzuweisen, dass solche bereits kräftig entwickelte Streptococcenculturen unter Mentholdämpfen absterben. Die Versuche ergaben für beide Fragen eine bejahende Antwort. In der ersten Reihe von Versuchen wurde von frischen virulenten Culturen auf Agarschälchen überimpft, welche dadurch unter Mentholdampf gehalten wurden, dass

Digitized by Google

sie als Stürzen für andere vorher mit Menthol gefüllte Schälchen dienten. Trotz 10tägiger Beobachtung und Züchtung im Brütofen bei 37° C. entwickelten sich keine Colonien. In der zweiten Reihe wurden in der eben angegebenen Weise frische kräftige Culturen Mentholdämpfen zehn Tage lang ausgesetzt und im Brütofen aufbewahrt. Das Ergebniss war, dass die Abimpfung von diesen Culturen trotz mehrfacher Wiederholung stets negativ ausfiel. Wir wissen allerdings, dass Streptococcen längere Zeit zu Culturen auf Agar verwandt, eine Einbusse an ihrer Ueberimpfbarkeit auf Agar erleiden, indess wäre es doch wunderbar, wenn dies bei allen diesen Versuchen gleichmässig der Fall gewesen wäre. Ich brauche wohl nicht hinzuzufügen, dass Stichculturen von Mentholdämpfen allein in ihrem Wachsthum nicht beeinflusst wurden, da die Mentholdämpfe Gelatine naturgemäss nicht zu durchdringen vermögen.

(Schluss folgt.)

Intubation des Larynx bei acuten und chronischen Stenosen.

(Casuistische Beiträge.)

Von

Dr. **E. Schmiegelow** (Kopenhagen).

(Fortsetzung.)

Fall 6. Hans Edm. H., 6 Jahre alt, Sohn eines Arbeiters im nördlichen Seeland, wurde am 16. Februar 1891 vom Spitalarzt Rasmus Nielsen zu mir gesandt, indem mich dieser bat, den Jungen, wenn möglich, von einer Trachealcanüle zu befreien, die er seit dem 9. Decbr. 1890 getragen und bisher nicht hatte entbehren können.

Der Patient ist kräftig und wohlgenährt. Die Trachealfistel liegt zwischen Cartilago cricoidea und thyreoidea. Wenn man die Canüle oder, nach deren Entfernung, die Fistel schliesst, ist es ihm unmöglich, Luft durch den Larynx zu pressen. Im Pharynx nichts Abnormes. Laryngoscopie ist bei seiner Aengstlichkeit unmöglich. In Chloroformnarcose wird mit Leichtigkeit eine Larynxsonde von oben in die Trachea hinunter geführt und eine Knopfsonde passirt von der Trachealfistel in den Larynx hinauf.

19. Februar. Da der Junge sehr unruhig ist, wird er leicht chloroformirt und um 9 Uhr Vormittags Intubation mit einer für sein Alter passenden Canüle vorgenommen. Mit etwas Anstrengung wird die Canüle durch den Larynx gepresst, wobei man das Gefühl hat, dass der Widerstand auf einmal aufhört und die Canüle dann leicht hinuntergleitet. Gleichzeitig kommt eine leichte Blutung von der Trachealfistel und etwas blutiger Schleim wird ausgehustet. Er athmet frei durch die Canüle.

20. Febr. Etwas Schleim ausgehustet, befindet sich aber wohl und verschluckt mit Leichtigkeit etwas Brei und Eier.

21. Febr. Klagte gestern Abend über etwas Schmerzen im Halse, hat die ganze Nacht geschlafen, isst und trinkt mit Leichtigkeit, hustet

Digitized by Google

noch immer etwas Schleim auf. Die Trachealfistel hat sich geschlossen. Pat. sitzt auf, spielt im Bett und ist ruhig.

1. März. Pat. ist den ganzen Tag auf. — Wohlbefinden.

Temperatur: 19. Februar, Morgens 36,8°, Abends 37,7°.
20. „ „ 37,5°, „ 39,0°.
21. „ „ 37,7°, „ 40,4°.
22. „ „ 37,5°, „ 37,8°.
23. „ „ 37,4°, „ 37,6°.
24. „ „ 36,9°, „ 37,4°.
25. „ „ 37,4°, „ 37,3°.
26. „ „ 37,2°, „ 37,6°.
27. „ „ 37,5°, „ 37,8°.
28. „ „ 37,6°, „ 37,2°.
1. März, „ 37,2°, „ 37,4°.
2. „ „ 37,3°, „ 37,2°.
3. „ „ 37,5°.

6. März. Heute wird er extubirt. aber da die Respiration deutlich stenotisch ist, wird die Intubationscanüle wieder eingeführt.

8. März. Pat. reist ab mit der Intubationscanüle einliegend.

3. April. Kommt nach Abrede wieder zu mir. Nach Aussage des Vaters hat er etwas Schleimabsonderung und Husten gehabt; ab und zu etwas Respirationsbeschwerden. Sein Aussehen ist gut. Die Respiration ist bei körperlicher Bewegung etwas stenotisch. Wird extubirt, aber wieder intubirt, da die Passage ungenügend ist. Die herausgenommene Canüle war nicht verstopft.

10. April. Die Canüle wird gegen eine andere, die 1 Ctm. kürzer und 1 Mm. dicker ist, umgetauscht. Pat. reist ab.

25. April. Kam heute zu mir. Wird extubirt, muss aber nach 1/2 Stunde wieder intubirt werden, weil die Respiration mangelhaft war. — Am nächsten Tage reist Pat. wieder ab.

25. Mai. Kam heute wieder. — Wird extubirt. — Die Respiration während der ersten Stunden gut, aber nach dem Verlauf von 6 Stunden muss er wieder intubirt werden. — Reist wieder ab.

2. Juni. Kam heute wieder. — Wird extubirt. — Musste nach 7 Stunden wieder intubirt werden. — Reist ab.

7. Septbr. Kam heute wieder. Hat in der letzten Zeit sich etwas erkältet und eine recht starke Bronchitis mit Expectoration eines zähen Schleims bekommen, wodurch mitunter die Respiration etwas behindert ist. Wird extubirt, aber wieder intubirt. — Ich behielt ihn im Spitale, wo er 4 Tage zu Bett lag und Umschläge auf die Brust machte. Die Vergoldung der Canüle war theilweise abgenutzt, sie wurde deshalb vor seiner Abreise am 13. Septbr. von Neuem vergoldet.

31. October. Pat. kam heute wieder. — Die Tube wurde mit einer etwas schwereren Nummer, die leicht eingeführt wurde, umgetauscht.

Epicrise. In diesem Falle war die Stenose durch Granulationsmassen bedingt, die sich über der Trachealfistel, wahrscheinlich in Verbindung mit einer narbigen Strictur im Larynx, entwickelt hatten. Dass man es kaum mit Granulationsmassen allein zu thun hatte, scheint aus dem elastischen Charakter der Strictur hervorzugehen. Obgleich der Junge jetzt über 8 Monate beinahe ununterbrochen intubirt gewesen,

Digitized by Google

kann er die Tube noch nicht entbehren, wenn auch die Bedingungen sich nach und nach zu bessern scheinen. Während der Pat., nachdem er einen Monat intubirt gewesen, die Canüle unmöglich mehr, als ein paar Minuten entbehren konnte, kann er jetzt während 7 — 8 Stunden ohne Tube durch den Larynx athmen. Ich hoffe deshalb, dass es durch Anwendung immer schwererer Tuben gelingen wird, die Strictur genügend auszublocken, um die normale Passage zu retabliren.

Dieser Patient hält sich, wie der vorige, meistens in seiner Heimath, auf dem Lande in Nord-Seeland, auf, jedoch in unmittelbarer Nachbarschaft des Arztes, der versprochen hat, ihn zu beobachten. Er befindet sich wohl, isst feste und flüssige Speisen mit grösster Leichtigkeit, läuft im Freien herum und bietet, die heisere Stimme ausgenommen, das Bild eines vollkommen gesunden Knaben dar.

(Fortsetzung folgt.)

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Ueber Syphilis des äusseren Ohres. (On Syphilis of the External Ear.) Von Dr. Adolph Rupp (New-York). (Journ. of Cutaneous and Genito-Urinary Diseases, October 1891.)

In der New-York Eye and Ear Infirmary wurden im Verlaufe von 12 Jahren 28180 Ohrenkranke behandelt, von welcher Anzahl nur 21 mit syphilitischer Erkrankung des Ohres behaftet waren, und zwar betraf dieselbe in 10 Fällen das äussere Ohr, in weiteren 10 Fällen das Mittelohr und nur in einem Falle (! Ref.) das innere Ohr. — Verf. bespricht sämmtliche Erscheinungsformen, unter welchen sich Syphilis am äusseren Ohr manifestire, eingehend und mit kritischer Benutzung der von ihm sorgfältig zusammengestellten Literatur. Es können syphilitische Erscheinungen am äusseren Ohr zeitweilig ohne Begleiterscheinungen an übrigen Körpertheilen sich zeigen. A. Sch. (N.-Y.)

Erkrankung des Ohres bei Influenza. Von Dr. F. Rohrer. (Archiv f. Ohrenhlkde. Bd. XXX, VI.)

Vom 17. December 1889 bis 24. Januar 1890 behandelte Rohrer 61 Patienten an Ohrenleiden, welche nach Influenza entstanden waren. 34 waren männlichen, 27 weiblichen Geschlechtes, 39 einseitig, 22 beidseitig erkrankt. 22mal bestand Otitis media catarrhalis, 18mal Ot. m. purulenta acuta, 9mal Ot. m. pur. chronica; Myringitis und Salpingitis, Otalgia und Otitis externa je 5mal, Tinnitus und Dysacusis zusammen 11mal. Letztere Erkrankungen, die ohne Betheiligung des Schallleitungsapparates auftraten, fasst R. als nervöse Affectionen in Folge der Infection auf, die seiner Meinung nach event. mit der Klebs'schen Flagellaten-Monadine in Zusammenhang gebracht werden könnte.

Gomperz.

Digitized by Google

Zur Prüfung der Schallperception durch die Knochen. Von Dr. C. Corradi in Verona. (Arch. f. Ohrenhlkde., Bd. XXX, No. XIII.)

C. theilt folgende Beobachtung mit: Wird eine auf dem Warzenfortsatz schwingende Stimmgabel, sobald die Schallempfindung aufgehört hat, entfernt und dann wieder nach ungefähr zwei Secunden genau an die frühere Stelle angesetzt, so erneuert sich in vielen Fällen die Empfindung und dauert eine gewisse Zeit fort; derart kann sich die Empfindung bei gesunden Leuten 1—2, zuweilen 3—4 Mal wiederholen. Corradi nennt die erste Empfindung primäre, die folgenden secundäre; auf Grund mehrfacher Untersuchungen glaubt er sagen zu können, dass die vergleichende Prüfung auf die Dauer der Schallempfindung von beiden Seiten mit Rücksichtnahme auf die secundären Empfindungen zur Diagnose verwendet werden könnte; Vermehrung der secundären Empfindungen bei mehr oder weniger bedeutender Schwerhörigkeit könne nämlich als ein Zeichen von Irritabilität des Nervus acusticus aufgefasst werden, wie sie bei hyperplastischen Mittelohrentzündungen vorkämen. Je mehr die Dauer vom Anfange der ersten Empfindung bis zum Ende der letzten abgenommen hat, desto wahrscheinlicher wird die Erkrankung des schallleitenden Apparates sein. Aus dem Fehlen der secundären Empfindung bei hochgradiger Schwerhörigkeit mit bedeutender Verkürzung der Kopfknochenleitung und anderen auf Labyrinthaffection hindeutenden Symptomen schliesst C. auf vorgeschrittene Affectionen der Nervenelemente. Gomperz.

Das Catheterisiren der Tuba Eustachii nach einer neuen Methode. (New Method of Inflating [Catheterizing] the Middle Ear. Von J. M. Ball (Keokuk, Jowa). (The Journal of the Amer. Med. Association, 19. Dec. 1891.)

Das „Neue" der Methode besteht darin, dass der Schnabel des Catheters mlttelst des rhinoscopischen Spiegels controlirt wird.

A. Sch. (N.-Y.)

Ein Auscultationsschlauchhalter. Von Dr. L. Katz. (Archiv f. Ohrenheilkunde, Bd. XXX, VII.)

Das Instrument besteht aus zwei Metallbögen, welche derart aneinandet befestigt und verschiebbar sind, dass die Verwendung bei verschieden grossen Köpfen möglich ist. Das eine Ende des quer über den Schädel anzulegenden Apparates trägt eine Pelotte, das andere eine Federvorrichtung zur Fixirung des Schlauchs, welchen Katz ohne Olive verwendet. Gomperz.

Zur Warzenfortsatzoperation. (Notes on Operations upon the Mastoid Process.) Von E. Grueningen (New-York). (XXIV. Jahresversammlung der Amer. Otolog. Society. — N.-Y. Medical Journ., 2. Januar 1892.)

Auf der Ohrenabtheilung des Mount Sinai Hospitals in New-York wurden von G seit Anfang des Jahres 1889 im Ganzen 47 Warzenfortsatzoperationen ausgeführt, eine weit grössere Anzahl, als je zuvor in gleichem Zeitraume. Die Zunahme war Folge des Vorherrschens der

Digitized by Google

Influenza. Es kamen zur Operation: 1) Acute Caries oder Empyem des Warzenfortsatzes mit ausgiebiger Eiterabsonderung durch die Paukenhöhle — 39 Fälle; 2) Caries des Warzenfortsatzes bei unversehrter äusserer Wand und ohne Eiterausscheidung durch die Paukenhöhle — 2 Fälle; 3) chronische Mittelohreiterung mit Bildung von cholesteatomatösen Massen im Antrum und in der Paukenhöhle — 3 Fälle; 4) chronische Mittelohreiterung mit Sclerose des Warzenfortsatzes, Thrombose des Sinus lateralis und Pyämie — 2 Fälle und 5) chronische Mittelohreiterung mit Sclerose des Warzenfortsatzes und Gehirnabscess — 1 Fall. Von der Gesammtzahl von 47 Fällen wurden alle acuten Fälle, d. i. 41, vollständiger Heilung entgegengeführt. Von den übrigen, chronisch verlaufenen Fällen wurden die 3 mit Bildung cholesteatomatöser Massen einhergehenden gebessert, aber nicht vollkommen geheilt, während die unter 4) und 5) angeführten Fälle, die mit ausgebildeter Sinusthrombose bezw. mit Gehirnabscess zur Hospitalsaufnahme gelangten, lethal verliefen.

G. erreicht eine bedeutende Abkürzung der gewöhnlich sich so bedeutend in die Länge ziehenden Heilungsdauer durch eine Modification der Schwarze'schen Operation, welche darin besteht, dass er systematisch den ganzen Proc. mast. aufmeisselt, also die äussere Wand desselben vollständig entfernt. Bei dieser Art des Vorgehens ist die Lage des Sinus lateralis dann leicht zu erkennen, die Eröffnung des Antrums also mit weniger Gefahr verbunden. Von den 41 acuten Fällen blieben 40 während der ganzen Heilungsdauer, welche durchschnittlich 4 Wochen betrug und während welcher Zeit weder die Wunde, noch das Ohr je ausgespült zu werden brauchte, vollkommen aseptisch. Die Gaze wurde alle 4 Tage erneut. Der Eiterfluss aus dem Ohre versiegte in jedem dieser Fälle unmittelbar nach der Operation.

„Zwei Fälle von centraler Caries, welche ohne die geringste äussere Veränderung verliefen, bewiesen, dass das Innere des Warzenfortsatzes in ausgedehnter Weise erkrankt sein kann, ohne dass die von den Lehrbüchern postulirten äusserlichen Erscheinungen vorhanden zu sein brauchen. Bei diesen zwei Fällen war Schmerz auf Druck das einzige auf Erkrankung des Proc. mast. hindeutende Symptom. Röthung und Schwellung der Weichtheile, spontane locale Schmerzhaftigkeit, Kopfschmerz und Temperaturerhöhung brauchen alle nicht nothwendigerweise vorhanden zu sein und nur der Schmerz auf Druck darf als nie fehlendes Zeichen angesprochen werden. Weicht dieser Schmerz nicht nach Anwendung friedlicher Mittel, so begründet er eine hinreichende Anzeige für die Ausführung der Operation." A. Sch. (N.-Y.)

Ein Fall von Sarcom der Paukenhöhle und des Warzenfortsatzes. Von Dr. R. Haug, Privat-Docent in München. (Arch. f. Ohrenhlkde., Bd. XXX, No. VIII.)

H. beobachtete bei einem 18jährigen Mädchen, das seit dem 3. Lebensjahre an Ohrenfluss litt, ein Sarcom, welches in der Tiefe des Ohres wurzelte, mit dem Gehörgange nirgends zusammenhing und einerseits als wälschnussgrosser Tumor in der Concha lag, während andererseits hinter der Ohrmuschel zwei ebenso grosse Tumoren aus der Regio mastoidea vorgewuchert waren. 6 Wochen nach der Operation Recidive;

Digitized by Google

3 Monate später Exitus an Meningitis. Die microscopische Untersuchung ergab das Vorhandensein einer Combination von Rundzellen- und Schleimgewebe mit Prävaliren der Rundzellen. Vereinzelt fanden sich Hohlräume, die mit zweischichtigem cylindrischem Epithel ausgekleidet waren.

Gomperz.

Schwindel und Ohrenpfröpfe. (L'état vertigineux et les bouchons de cérumen.) Von Dr. Ricardo Botey. (Arch. int. de laryng., otol., rhinol. No. 2 und Revue de laryngol. No. 17.)

Schwindel in Folge von Ohrenschmalzpfröpfen ist ziemlich selten. Ein 44jähriger Mann bekam unausstehliches Summen im rechten Ohre mit darauffolgenden Schwindelanfällen; rechterseits zeigt das Acumeter blos 1,50 Meter, während das linke Ohr normal war. Die Untersuchung ergab 2 Cerumenpfröpfe im rechten Ohre, nach deren Entfernung Patient geheilt war.

Dr. P. K.

Indicationen, betreffend die Excision von Hammer und Ambos*). Von Dr. Stacke in Erfurt.

S. hält die Excision des Trommelfells mit dem Hammer und event. dem Ambos für indicirt: 1) als hörverbesserndes Mittel bei den durch Residuen abgelaufener Eiterung oder adhaesiver Entzündung verursachten Hammerfixationen, selbst bei voraussichtlich nicht normal beweglichem Steigbügel, also bei totaler Verkalkung des Trommelfelles, isolirter Hammer-Ambos-Ankylose und Verwachsung des Trommelfelles mit dem Promontorium und bei unheilbarer Tubenverwachsung; contraindicirt ist die Operation bei Sclerose; 2) als Mittel zur Heilung chronischer Eiterungen des oberen Trommelhöhlenraumes ohne Rücksicht auf das noch vorhandene Hörvermögen bei nachweisbarer Caries des Hammers oder Amboses, bei Caries des Atticus und bei Cholesteatom der Paukenhöhle. Bei den letzteren 3 Formen führt S. die Hammer-Ambosextraction nöthigenfalls nebst breiter Eröffnung des Atticus resp. des Antrum mastoideum mittelst Meissels, nach vorhergegangener Ablösung der Ohrmuschel, aus.

Gomperz.

Ueber die Anwendung des Pyoktanins (Merck) in der Ohrenheilkunde. Von Dr. F. Rohrer. (Archiv für Ohrenheilk. Bd. 31, IX.)

R. machte ausgedehnte Versuche mit den 3 Sorten des Pyoktanin zur Klarlegung ihrer antimycotischen Eigenschaften; dabei fand er, dass das P. coeruleum am ehesten einen entwicklungshemmenden Einfluss auf Bacterien auszuüben im Stande sei. Sowohl dieses, als auch das Hexaäthylviolett üben in 2 procentiger Lösung eine wachsthumhemmende Wirkung auf Milzbrandsporen aus, wenn Milzbrand-Seidenfäden vor dem Einlegen in die Nährbouillon in die 2 procentige Farbstofflösung 1 — 2 Tage eingeweicht werden oder wenn 1 Ccm. derselben auf ein gewöhnliches Bouillonröhrchen zugesetzt wird. Im lebenden Thierkörper kommt

---

*) Vortrag, gehalten in der Section für Chrenheilkunde anf dem X. intern. med. Congress zu Berlin 1890. Archiv f. Ohrenheilk., Bd. 31, Heft 2.

Digitized by Google

aber die antimycotische Wirkung des P. coeruleum nicht in dem Maasse zum Ausdruck, wie bei der Anwendung im Brutschrank. Von 8 Mäusen, die mit wie oben präparirten Milzbrand-Seidenfäden geimpft wurden, starben 5 binnen 2—5 Tagen an Milzbrand.

Ferner versuchte R. das P. coeruleum in 126 Fällen acuter und chronischer eiteriger Entzündungen des äusseren Gehörganges und der Paukenhöhle, theils, indem er Ausspritzungen und Auswaschungen mit 2 procentiger Lösung verwendete, wonach der Gehörgang mit 1 procentiger Pyoctaninwatte tamponirt wurde, theils indem er pures Pyoctaninpulver auf die erkrankten Theile brachte. R. konnte davon stets eine sedative und eitervermindernde Wirkung bemerken, und auch vielfach Desodorisirung erreichen; eine nennenswerthe Anzahl schwerer Fälle konnte er damit zur Heilung bringen.

(Wenn man bedenkt, dass viele stürmische Otitiden bei einfacher Reinhaltung ausheilen, dass wir viel wirksamere sedative, eiterungsvermindernde und desodorisirende, und dazu farblose Mittel zur Bekämpfung der eitrigen Ohrentzündungen besitzen; wenn man ferner bedenkt, dass bei eitrigen Mittelohrentzündungen die genaue Controle der Veränderungen an Trommelfell und Gehörgangswandungen von grösster Wichtigkeit ist, so muss man die Verwendung des Pyoctanins bei Ohrenkrankheiten als durchaus entbehrlich und unrationell verwerfen. Ref.)

Gomperz.

---

b) Rhinologische:

3 Fälle von Rhinolithiasis. (Trois cas de rhinolithiase.) Von Dr. Ruault. (Société française d'otol. et de laryngol., Séance du 23 Mai 1890.)

Verf. erzählt 3 Fälle von Nasensteinen; alle 3 boten die gewöhnlichen klinischen Symptome dar; nur in einem konnte ein Fremdkörper, ein Kirschkern, nachgewiesen werden. Verf. zweifelt aber nicht, dass in jedem Fall ein Fremdkörper als Ansatzpunkt für die Kalkablagerungen vorhanden sein muss. Dies kann man ja auch aus Analogie schliessen; nur für die Gallensteine ist die Behauptung vielleicht nicht zutreffend.

Dr. P. K.

Aspergillusmycose der Kieferhöhle. Von Zarniko. (Deutsche med. Wochenschr. No. 44, 91.)

Fadenpilze in der Nase sind selten, in den Nebenhöhlen noch nie beobachtet worden. Daher ist der von Verf. beschriebene Fall sehr interessant; es handelte sich um polypöse Hypertrophien der beiden mittleren Muscheln und linksseitige Kieferhöhleneiterung bei einer 50jährigen Frau. Bei Ausspülung der Höhle fand sich in der Spülflüssigkeit neben dem schleimigeitrigen fötiden Secret eine Anzahl dunkelbraungrau gefärbter, theils bröckliger, theils zähweicher, bis erbsengrosser Stücke, welche sich als Aspergillus fumigatus erwiesen.

W. Lublinski.

Digitized by Google

Ueber den Centralapparat des Geruchsinnes. (De l'appareil nerveux central de l'olfaction.) Von Dr. Trolard. (Société de Biologie; Paris, November und Semaine médicale No. 47.)

Verf. giebt eine ziemlich verworrene Beschreibung der Verbindungen der Arucci olfactorii mit dem verlängerten Mark, mit dem Tuberculum anterius der optischen Zone, mit der Gehirnrinde; das Corpus callosum mit dem Ammonshorn bilden das corticale Centrum des Geruchapparates.

Dr. P. K.

Fibro-Myxoma of the nasopharynx. Von Bumie. (Med. News, 7. November, 1891.)

Bei einem 11jährigen Knaben hatte Verf. Gelegenheit, ein Fibromyxom zu operiren, das nach kaum einem Jahre wiederkehrte und von Neuem entfernt werden musste.

W. Lublinski.

Ueber das Vorkommen der Charcot-Leyden'schen Crystalle in Nasentumoren. Von Lewy. (Berlin. klin. Wochenschr. No. 33 u. 34, 1891.)

Aus den Untersuchungen Verf.'s geht hervor, dass Nasenpolypen in ihrer Mehrzahl die erwähnten Crystalle enthalten. In 47 Fällen wurden sie 32mal, bei Papillomen 3mal unter 4 Fällen gefunden. Bei Asthmatikern wurden sie häufiger gefunden, jedoch hält das Verf. für einen Zufall. In der Umgebung des Polypen enthielt die Nasenschleimhaut den fraglichen Stoff nicht.

W. Lublinski.

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Totale Resection aller Gesichtsknochen. (De la résection totale des os de la face.) Von Dr. Péan. (Académie de médecine de Paris, Séance du 21 Janvier 1890.)

Multiple Tumoren der Gesichtsknochen sind selten. Eine 22jährige Frau zeigte multiple, von den Backzahnwurzeln ausgehende Osteofibrome, die das Os sphenoideum, beide Supramaxillarknochen und den Unterkieferknochen einnahmen; die Krankheit dauerte schon 9 Jahre. Verf. giebt die Photographie der furchtbar entstellten Patientin; letztere forderte die Radicaloperation, zu welcher Péan sich trotz der geringen Aussicht auf Erfolg und trotz des elenden Allgemeinbefindens der Frau entschloss. Beide Jochbeine, beide Oberkieferknochen, beide Unterkiefer und ein Theil des Os sphenoideum wurden entfernt. Verf. beschreibt die verschiedenen von ihm ausgeführten und erfundenen Schnitte, giebt das photographische Bild der Patientin nach vollendeter Heilung, mit und ohne prothetischen Apparat. Die Operation wurde in 2 Sitzungen mit 6wöchentlicher Pause ausgeführt. Bei der ersten Operation wurde bemerkt, dass der obere Lappen des Tumors unter die harte Platte des Corpus ossei sphenoidei hinaufragte; letztere Platte musste also entfernt werden und zum grossen Erstaunen fand man im spongiösen Theil des Knochens einen querliegenden Backenzahn. Verf. nimmt an, dass dieser Zahn die Ursache des Neoplasmas war; selten beim Menschen vorkommend, findet man diese Art von Neubildung mehrfach bei Thieren, namentlich bei den Pferden. Bei der 6 Wochen später ausgeführten Exstirpation

Digitized by Google

des Unterkiefers fand man im Tumor einen querliegenden Augenzahn dies war um so auffälliger, als die Zähne des Unterkiefers vollständig an Zahl waren; Verf. nimmt auch diesen Zahn als Ursache des Unterkiefertumors an. Alle ausgeführten Schnitte heilten per primam und bewährte Pariser Professoren der Zahnheilkunde construirten einen sehr complicirten, aber zweckerfüllenden Apparat, dessen Abbildung beigegeben ist.

Der Vortrag wird, wegen des seltenen Vorkommens und des hübschen Erfolges der Operation (Heilung per primam und nach 14 Monaten noch kein Recidiv), mit Interesse im Original gelesen. Dr. P. K.

Rundes Pharynxgeschwür. (Ulcère rond du pharynx.) Von Dr. Henrot. (Union médicale du Nord-Est No. 8, 1890.)

Eine gesunde Frau zeigt auf der hinteren Pharynxwand ein rundes, 20pfennigstückgrosses, scharfrandiges, 2—3 Millimeter tiefes Geschwür; eine geschwollene Lymphdrüse in der rechten Cervicalgegend. Bestreichen mit Argent. nitric. und Einreiben der geschwollenen Lymphdrüse mittelst Jodkalisalbe brachten in 3 Wochen Heilung. Tuberculose, Syphilis, Scrophulose waren ausgeschlossen und nimmt Verf. wegen der Aehnlichkeit der anatomischen und klinischen Symptome ein dem runden Magengeschwür ähnliches rundes Rachengeschwür an. Dr. P. K.

Fall von allgemeinem Emphysem, durch Catheterismus der Tuba Eustachii hervorgebracht. (Un cas d'emphysème généralisé déterminé par le cathétérisme de la trompe d'Eustache.) Von Dr. P. Verdos. (Revue de laryngol. No. 17.)

Locales Emphysem selten, allgemeines noch seltener. Eine 40jährige Frau, welche mittelst Catheterismus behandelt wurde, bekam nach der vierten Sitzung Halsempyem, welches trotz aller Behandlung anwuchs und sich über den ganzen Körper verbreitete. Heilung nach 3 Tagen. Dr. P. K.

Eine von Reizung des Halsvagus abhängige Art von Schwindel. (Sur une forme de vertige dépendant de l'excitation du nerf vague à la région du cou.) Von Dr. Cardarelli, (Société ital. de médecine interne und Semaine médicale No. 46.)

Druck auf den Halstheil des Vagus hemmt die Herzbewegungen, erzeugt Schwindel, Gefühlsstörungen an der gedrückten Seite und selbst epileptische Krämpfe. Concato und Federici hatten diese Phänomene bei Greisen, bei Arteriosclerose und bei Gehirnleiden beobachtet. Bei drei Patienten brachte Atropin Heilung. Dr. P. K.

Beitrag zur Lehre der Aortenerkrankungen durch die retrosternale Auscultation. (Contribution à l'étude des maladies de l'aorte par l'auscultation rétrosternale.) Von Dr. Boy Teissier. (Semaine médicale No. 30, 1891.)

Verf. betont den Nutzen der Auscultation mittels eines eigens dazu construirten Stethoscops hinter dem Sternum am Halse zwischen den beiden Sternomastoidei und kommt zu folgenden Schlüssen: 1) die retrosternale Auscultation ergiebt bei gesunden Menschen gar kein Resultat;

Digitized by Google

2) bei Erkrankungen des Aortenbogens giebt sie manchmal deutlichere Zeichen, als die classische Methode; 3) bei Aortitis giebt sie gar keine Symptome, welche nicht auch mittelst der classischen Methode zu hören wären; 4) sie giebt also nur Geräusche zu erkennen, welche in der Aorta selbst entstehen oder durch deren Wände fortgeleitet werden; 5) in Fällen, wo die classische Auscultation im Stiche lässt und man dennoch ein Aneurysma vermuthet, soll man jedenfalls die retrosternale Auscultation anwenden. Dr. P. K.

Ueber Dyspnoe bei Morbus Brightii. (De la dyspnée dans le mal de Bright.) Von Dr. Howard. (Société de médecine du Canada und Ann. de la Société médicochirurgicale de Liège No. 12.)

Die Schlüsse der genannten Arbeit sind folgende: 1) Morbus Brightii kann eine continuirliche oder eine intermittirende Dyspnoe verursachen; letztere ist häufiger. 2) Diese Dyspnoe ist eines der frühzeitigsten Symptome des Leidens; Herz, Lungen und Pleurae sind dabei gesund, der Urin allein ergiebt die Diagnose. 3) Das Cheyne-Stokes'sche Athmen besteht manchmal, ist aber nicht constant; es kommt sowohl bei interstitieller als parenchymatöser Nephritis vor. 4) Die Dyspnoe ist so, dass man augenblicklich den Tod erwartet; nichtsdestoweniger leben die Patienten oft noch Monate, ja Jahre lang nachher. 5) Die so zu sagen latente Form der Krankheit ist nie durch Glottisoedem, sondern immer durch von gehemmter Nierenfunction abhängige Urämie bedingt.
Dr. P. K.

Ueber die Morphologie und die Biologie des Soorpilzes. (Sur la morphologie et la biologie du champignon du muguet.) Von Dr. G. Linnossier und Dr. Roux. (Académie des sciences, 11. November und Semaine médicale No. 49.)

Das Oidium albicans, von den übrigen im Munde vorkommenden Organismen durch die bacterioscopischen Proceduren getrennt, kann sich unter der Form von Hefepilzen (Saccharomyces) oder unter der gewöhnlichen Form von Fadenpilzen vorstellen. Verff. fanden noch eine dritte Form, die Chlamydosporen, aus welcher die ersten Formen entstehen. Durch vielfache Versuche haben Verff. gefunden, dass durch die Cultur bald der Hefepilz, bald der Fadenpilz entsteht und dass diese Genese von dem moleculären Gewicht der Nahrung abhängt, in anderen Worten: je complicirter die chemische Structur der Nahrung ist, desto mehr besteht Tendenz zur Fadenbildung. Dr. P. K.

---

2 seltene Zungenleiden. (Deux cas d'affections rares de la langue.) Von Dr. Bock. (Clinique de Bruxelles, Mai 1890 und Revue de laryngol. No. 17.)

Acute bedeutende Schwellung der Zunge; selbe war bläulich, hart, elastisch, den ganzen Mund ausfüllend. Das rasche Entstehen, das Fehlen jeden Trauma's, die zugleich bestehende Urticaria liessen auf Zungenurticaria schliessen; das Leiden verging rasch von selbst.

Ein 35jähriger Mann, tabetisch und tuberculös, zeigt von Zeit zu Zeit auftretende harte, elastische, schmerzlose, die Dicke der Zunge einnehmende, nach einigen Tagen von selbst vergehende kleine Geschwülste.

Digitized by Google

Das öftere Entstehen, das Fehlen von Schwirren, besonders das schnelle Verschwinden liessen das Aneurysma ausschliessen. Verf. nimmt an, es seien einfache Blutaustritte, durch Gefässveränderung hervorgebracht.

Dr. P. K.

Die „schwarze Zunge", ihre erste Beschreibung durch H. Landouzy im Jahre 1845. (La „langue noire", sa première description par H. Landouzy en 1845.) (Union médicale du Nord-Est No. 9, 1890.)

Irrthümlicher Weise wird die sogenannte „schwarze Zunge" auf Bertrand de St. Germain (1855) zurück geführt, welcher Autor selbe fälschlicher Weise als „Nigritie de la langue" beschrieben und als einfache Pigmentablagerung gedeutet hat. In Wirklichkeit hatten Gubler und Maurice Raynaud im Jahre 1869 anatomisch richtig selbe als Hypertrophie der Zungenpapillen beschrieben. Diese Daten sind falsch, und behält die Schule von Reims sich vor, zuerst im Jahre 1845 die sogenannte „schwarze Zunge" durch Prof. H. Landouzy anatomisch und klinisch richtig beschrieben zu haben. Verf. citirt wörtlich die im Jahre 1845 in der Academie von Reims gehaltenen Vorträge, in welchen Landouzy von den „Végétations piliformes à la surface de la langue" spricht, welcher Ausdruck dem heute gebräuchlichen deutschen Worte „Haarzunge" und dem neueren französischen „Melanotrichie linguale" entspricht.

(Geschichtlich ist der Aufsatz recht interessant. Der Referent.)

Dr. P. K.

Zungenaffectionen bei Syphilis. (Les manifestations linguales de la syphilis.) Von Dr. Fournier. (Union médicale, Mai 1890 und Revue de laryngologie No. 17.)

Der eigentliche Zungenschanker ist selten; er kommt nur an der vorderen Zungenhälfte vor; er kann eine einfache Erosion oder ein wirkliches Geschwür darstellen.

Die secundären Erscheinungen, viel häufiger, sind trockener oder secernirender Natur, kommen an allen Punkten der Zunge vor. Die trockenen werden mit den Namen Glossitis depapillans sive tonsurans, Psoriasis lingualis, flache Plaques genannt; die secernirenden sind erosiv, erosivopapulös, papulohypertrophisch oder geschwürig.

Die tertiären Erscheinungen werden relativ häufig angetroffen; Hyperplasie, welche zur Sclerose oder zur Gumma führt; beide können sich auf die Schleimhaut mit dem Unterhautzellgewebe beschränken oder in die Tiefe gehen.

Dr. P. K.

Halbseitige Zungenatrophie. (Hémiatrophie de la langue.) Von Dr. Turner. (Société Huntérienne à Londres und Semaine No. 53.)

Ein 5jähriges Mädchen hat rechtsseitige Zungenatrophie, verbunden mit Lähmung des rechten Armes und des Gaumensegels; Atrophie der Sehnerven. Es waren epileptische Anfälle vorausgegangen, und diese selbst waren nach Scharlach eingetreten; gleich nach dem Scharlach hatte allgemeine Paralyse bestanden. Fehlen des Patellarreflexes. Syphilitische Antecedentien.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Ueber Mandelentzündung und infectiöse Angina nach Nasenoperationen. (Des Angines infectieuses et des amygdalites consécutives aux opérations intranasales.) Von Dr. Ruault. (Archives de laryngol. und Revue de laryngol. et d'otol. No. 18.)

Kommen ziemlich häufig vor; die einseitige Amygdalitis derselben oder sogar der anderen Seite ist die häufigste. Man kann dabei nicht an von aussen kommende Infection denken, sondern der Kranke inficirt sich selbst durch seine Wunde und die beobachteten Erscheinungen sind blos der Ausdruck einer Allgemeininfection des Organismus. Die Gutartigkeit der in die Nase gesetzten Verwundungen beweist, dass die infectiösen Agentien inspirirt werden und im Nasenrachenraum einen ihrer Entwicklung günstigen Boden finden. Dr. P. K.

Chronischer Abscess der rechten Mandel, ein Fibrom simulirend. (Abcès chronique de l'amygdale droite simulant un fibrome.) Von Dr. Natier. (Ann. de la Policlinique de Bordeaux und Revue de laryng. et d'otol. No. 18.)

Ein 29jähriger Mann zeigte ausser einem Nasenrachencatarrh eine haselnussgrosse, weissliche Geschwulst auf der rechten Mandel. Kein Schmerz; Tumor hart, wurde als Fibrom bezeichnet. Nach 2 Monaten Schmerz, Schlingbeschwerden, Röthung des unteren Theiles der Geschwulst. Eröffnung mit dem galvanischen Messer, Ausfluss von verdicktem Eiter. Es handelte sich also um einen chronischen Abscess. Dr. P. K.

Lupus der Wange, des Gaumensegels, des harten Gaumens und der Mandeln. (Lupus de la joue, du voile du palais, de la voûte palatine et des amygdales.) Von Dr. James Goodhart. (The Lancet und Revue de laryngologie et d'otologie No. 20.)

Behandlung mittelst Thermocauter. Heilung. Dr. P. K.

Speichelstein. Operation. (Un cas de calcul salivaire. Ablation.) Von Dr. W. H. Browne. (The Lancet und Revue de laryngol. et d'otol. No. 20.)

Bei einem 8jährigen Kinde verstopfte ein bohnengrosser Stein den Wharton'schen Gang; letzterer bot eine Fistel dar, durch welche man den Stein erblickte. Durch einen einfachen Schnitt wurde er leicht entfernt; er wog 40 Centigramm und bestand aus Kalksalzen.

Dr. P. K.

Tumor der Thyroidea, anscheinend bösartig; Verschwinden nach der Tracheotomie; Recidiv unter der Form eines Sarcoma. (Tumeur thyroidienne d'apparence maligne, qui disparut après la trachéotomie, Récidive à forme sarcomateuse.) Von Dr. G. R. Turner. (Brit. Med. Journal und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 8, 1891.)

Eine seit 6 Monaten bestehende Geschwulst der Thyroidea bei einer 62jähr. Frau zwang zur Tracheotomie; wegen des sehr tief ausgeführten Trachealschnittes konnte keine gewöhnliche Canüle, sondern musste eine Gummisonde No. 12 eingeführt werden. Scheinbare Heilung durch Verschwinden der Geschwulst; Recidive, zweite Tracheotomie, Tod. Das Microscop ergab ein Sarcom. Dr. P. K.

Digitized by Google

2 Fälle von Lähmung des Musculus cricothyreoideus. Beitrag zur Lehre von der Larynxinnervation. (Deux cas de paralysie du muscle crico-thyreoidien. Contribution clinique à la doctrine de l'innervation des muscles du larynx.) Von Dr. Masucci. (Gazz. crit. intern. delle malatt. de naso, gola ed orrecch., Mars 1890 und Revue de laryng. No. 16.)

Verf., gestützt auf 2 von ihm beobachtete Fälle, schliesst, dass beim Toniren die Musculi cricothyreoidei nothwendiger Weise gespannt sein müssen. Bei eintretender Lähmung genannter Muskeln tritt nothwendiger Weise eine Stimmveränderung ein, weil die Cart. cricoidea sich der Cart. thyreoidea nicht nähert und weil die Spannung der Stimmbänder keine vollständige wird. Verf. erwähnt die verschiedenen in dieser Beziehung gemachten Experimente und giebt dann die laryngoscopischen Merkmale der Lähmung der Musculi cricothyreoidei. Dr. P. K.

Ein Beitrag zur Wirkung der cantharidinsauren Salze. Von Dr. Th. Heryng. (Therapeutische Monatshefte, Nov. 1891.)

Im Einklang mit Heymann, Fraenkel, Ref. und Landgraf kann Verf. bestätigen, dass die Injectionen von Cantharidin bei oberflächlichen Stimmbandgeschwüren und Infiltraten der hinteren Larynxwand in einigen Fällen eine Abschwellung der infiltrirten Partien zur Folge hatte und durch seröse Durchtränkung des Geschwürsbodens eine Reinigung derselben zu Stande kommt und die Heilung der Geschwüre selbst günstig beeinflusst wird. Bei Anwendung von 0,2 Dcgrm. wird keine irritative Wirkung auf den Harnapparat constatirt. In schweren Fällen von Larynxtuberculose, sowie bei schlechter Ernährung, Hectik, Reizerscheinungen des Darms und der Nieren ist die Behandlung contraindicirt. Grössere Dosen rufen Reizerscheinungen der Blase und der Nieren, sowie Diarrhoe hervor und bewirken auch im Kehlkopf diffuse Oedeme um die erkrankten Stellen, welche eine etwaige Dysphagie vermehren. W. Lublinski.

Laryngotrachealfractur. Verklebung der Stimmbänder, überzählige Glottis. (Fracture laryngotrachéale. Accollement des cordes vocales, glotte supplémentaire.) Von Dr. Carlos Desvernine. (Revue de scienc. medic. und Revue de laryngol. No. 16.)

Ein 15jähriger Knabe erhielt durch directe Contusion eine Laryngo-Trachealfractur; Tracheotomie; Entfernung der Canüle. Leicht hörbare, dysphonische Stimme, welche aber durch ihren tiefen monotonen Klang auffiel. Patient starb an Phthisis und die Section gestattete die genaue Untersuchung des Larynx. Dr. P. K.

Acuter, mit Dyspnoe verbundener Larynxcatarrh beim Erwachsenen. (Catarrhe laryngé aigu avec dyspnée in heure chez l'adulte.) Von Dr. Havillaud Hall. (Société de médecine de Londres, 18. Novbr. und Semaine médicale No. 49.)

Eine 56jährige Frau hatte Fieber, Dyspnoe, Cyanose, Dysphagie; trockene, rothe Stimmbänder, Oedem der Epiglottis und aryepiglottischen Falten. Cocain, Scarificationen, Eis, Bromkalium; Vorbereitungen zur Tracheotomie. Am anderen Tage Besserung, Heilung langsam fortschreitend wegen Lungenerscheinungen. Dr. P. K.

Digitized by Google

Vergleichender Werth der Tracheotomie und der Intubation bei Larynxstenosen. (Sur la valeur comparée de la trachéotomie et de l'intubation dans les stenoses du larynx.) Von Dr. Egidi. (Réunion de la Société italienne de chirurgie und Revue de laryngologie No. 16.)

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) die Intubation ist ein sehr wichtiges Mittel, um die croupöse Laryngostenose zu beseitigen; 2) sie kann nicht immer anstatt der Tracheotomie gebraucht werden, denn letztere hat immer die bessere Statistik der Heilungen für sich; 3) Intubation genügt in einigen leichten Fällen; man kann sie vor der Tracheotomie versuchen, besonders wenn die Eltern letztere nicht gestatten; 4) die Intubation ersetzt mit Erfolg die Tracheotomie in vielen Fällen von acuten und chronischen Larynxleiden der Erwachsenen; in diesen Fällen ist sie leicht ausführbar. Dr. P. K.

Plötzlicher Tod bei schweren Larynxerkrankungen. (La mort subite dans les maladies graves du larynx.) Von Dr. Ricardo Botey. (Revue de laryngol. et d'otol. No. 17.)

1) Lähmung des linken Stimmbandes durch ein Aortenaneurysma. Plötzlicher Tod durch spontane Ruptur des Aneurysma in den Oesophagus. 2) Intralaryngealer Krebs. Plötzlicher Tod einige Stunden nach einem Versuch, ein Stück des Tumors auf endolaryngealem Wege zu entfernen. 3) Tuberculöses Geschwür an der Unterlippe, an dem linken Zungenrande, der rechten Wangenschleimhaut, der Zungenbasis, des ganzen Pharynx und des Larynx. Tuberculose beider Lungen, erste Periode. Plötzlicher unerwarteter Tod. 4) Larynxcarcinom; auffallend frühzeitiges Ergriffensein der beiderseitigen Halsdrüsen. Wahrscheinliches Ergriffensein der den Larynx und die Trachea umgebenden Lymphdrüsen. Plötzlicher Tod ohne Dyspnoe und ohne Larynxstenose. Section.

Mit Ausnahme des ersten Falles war der plötzliche Tod nicht zu erklären; diese Fälle sind nicht so selten, als allgemein angenommen wird, wie die vom Verf. citirten Beispiele beweisen; oft findet man bei der Section die Todesursache nicht. Angesichts dieser Thatsachen soll man so früh als möglich die symptomatische Tracheotomie machen, die Kranken nicht zu sich kommen lassen, sondern selbe in ihrer Wohnung besuchen, die Familie von der Gefahr in Kenntniss setzen und sich grober chirurgischer endolaryngealer Eingriffe enthalten. Diese Fälle, wo die Section sogar keine Todesursache ergiebt und vor dem lethalen Ende gar keine Erstickungserscheinungen vorhanden waren, sind schwer zu erklären; die erschwerte Sauerstoffzuführung zum Blute, bedingt durch die lange fortgesetzte Respirationsarmuth, verändert die Centren der Athmung und der Circulation so, dass selbe bei dem geringsten Spasmus glottidis gelähmt werden (?); die fast immer mitergriffenen, den Recurrens umgebenden Lymphgefässe und Lymphdrüsen drücken und verändern denselben plötzlich (?); letztere sind beim Lebenden, selbst, wenn sie inficirt sind, schwer zu fühlen und entgehen der klinischen Beobachtung; ein leichter Spasmus genügt dann, um die Paralyse der Centren und mithin den Tod herbeizuführen. Dr. P. K.

Digitized by Google

Klinische Vorlesungen über die Verengerungen der Speiseröhre mit 14 erläuternden Fällen, in welchen viermal die Gastrotomie mit Erfolg gemacht wurde. (Clinical lectures on stricture of the oesophagus with fourteen illustrative cases in four of which gastrotomy was successfully performed.) Von Dr. David Newmann (Glasgow). (Lancet, 2. u. 9. Januar 1892.)

Die Schwierigkeit in der Diagnose ist vorhanden in Fällen von Aneurysma der Aorta, mediastinalen Tumoren, vergrösserten Lymphdrüsen, Exostosis oder Krümmungen der Wirbelsäule, da diese auch durch Druck oder, indem sie Verdrehung der Speiseröhre bewirken und so erhebliche Beschwerden beim Schlucken machen können. Verf. unterscheidet vier Arten von Stricturen: die durch maligne Neubildung, durch gutartige Tumoren, die organische und die spasmodische. Unter 510 Fällen waren 40 pCt. zwischen 45 und 55 Jahre alt, und nur 10 pCt. Frauen. Langdauernde Reizungen an den engeren Stellen durch das Schlucken grösserer Brocken sind ätiologisch wichtig. Deshalb finden sich die Carcinome auch besonders dicht unter dem Kehlkopf, wo die Speiseröhre eine engere ist, und an der Kreuzungsstelle mit der Aorta hinter der Bifurcation der Trachea und beim Durchtritt durch das Zwerchfell. Harte Carcinome, Scirrhus kann sehr lange bestehen, ohne das Leben zu gefährden. Weiche haben einen acuten Verlauf. Colloide sind sehr selten.

Bei den in der Höhe der Bifurcation sitzenden Carcinomen tritt die Schluckbehinderung langsam ein. Sein Fall 5 starb unter den Erscheinungen einer inneren Blutung. Die Section zeigte, dass das Carcinom in die Aorta perforirt hatte, und dass eine Blutung in den Magen und den Darm stattgefunden hatte. Bei den an dieser Stelle gelegenen Verengerungen muss man mit dem Sondiren besonders vorsichtig sein, wegen der Nachbarschaft der Aorta. Verf. legt einen grossen Werth auf die Lähmung des Recurrens, welche sehr für Aneurysma spräche. Nach ihm sind 19 von 20 Fällen von Lähmung des Nerven durch Aneurysma bedingt! Deshalb soll man zweifelhafte Fälle als Aneurysma behandeln. Das Hungergefühl verliert sich bei den Kranken nach und nach. Schmerz beim Schlucken findet sich nur bei den hoch oben gelegenen. Er empfiehlt, beim Sondiren mit den dicksten Nummern von Bougies zu beginnen. Dr. M. Schm.

Bösartige Verengerung der Speiseröhre, Gastrotomie, Tod durch Durchbruch in die Aorta. (Malignant stricture of the oesophagus, gastrotomy, death from perforation of the aorta.) Von Mansell Moullin, London. (Lanc., 10. Oct. 1891.)

Eigenthümlich war in dem Falle, dass der Kranke Anfälle hatte, in welchen er Nichts schlucken konnte, und die tagelang dauerten, danach vergingen, ohne eine merkbare Behinderung im Schlucken zu hinterlassen. Schliesslich kam es doch zur Gastrotomie, nach welcher sich der Kranke 8 Monate ganz wohl befand. Das so lästige Austreten des Magensaftes wurde durch einen Verband, der mit Solutio natri bicarbonici getränkt war, fast verhindert. Dr. M. Schm.

Digitized by Google

Mittheilung.

Die Unterzeichneten haben sich zur Gründung einer

Otologischen Gesellschaft

vereinigt und laden die Ohrenärzte Deutschlands, Oesterreich-Ungarns und der deutschen Schweiz ergebenst ein, an der Ostern dieses Jahres zu Frankfurt a. M. zusammentretenden constituirenden Versammlung Theil zu nehmen.

Die Sitzungen finden im Hörsaal des physicalischen Vereins, Stiftstrasse 32, von 9 — 1 Uhr statt, und wird die erste am 17. April dem geschäftlichen, die zweite am 18. April dem wissenschaftlichen Theile der Verhandlungen gewidmet sein.

Am 16. April, Abends 8½ Uhr, gesellige Vereinigung im Restaurant „Kaiserhof", Göthe-Platz 5.

Sowohl Theilnahme an der Versammlung, wie Vorträge und Demonstrationen bitten wir dem mitunterzeichneten Prof. Lucae (Berlin W., Lützowplatz 9) möglichst bald, nach dem 1. April bei dem Local-Comité in Frankfurt a. M. (Dr. Oscar Wolf und Dr. Otto Körner) anzumelden.

Bürkner-Göttingen. Kessel-Jena. Kuhn-Strassburg.
Lucae-Berlin. Moos-Heidelberg. Walb-Bonn.

INHALT.

I. Originalien: Kuchenbecker: Beitrag zur Aetiologie und Therapie des Empyema Antri Highmori. — Kayser: Zur Technik der Knochenleitungsprüfung. — Koehler: Furunculotom für den äusseren Gehörgang. — Cholewa: Weitere Erfahrungen über Menthol bei Otitis externa furunculosa und Otitis media acuta purulenta. — Schmiegelow: Intubation des Larynx bei acuten und chronischen Stenosen (Fortsetzung). — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Rupp: Ueber Syphilis des äusseren Ohres. — Rohrer: Erkrankung des Ohres bei Influenza. — Corradi: Zur Prüfung der Schallperception durch die Knochen. — Ball: Das Catheterisiren der Tuba Eustachii nach einer neuen Methode. — Katz: Ein Auscultationsschlauchhalter. — Grueningen: Zur Warzenfortsatzoperation. — Haug: Ein Fall von Sarcom der Paukenhöhle und des Warzenfortsatzes. — Botey: Schwindel und Ohrenpfröpfe. — Stacke: Indicationen, betreffend die Excision von Hammer und Ambos. — Rohrer: Ueber die Anwendung des Pyoktanins (Merck) in der Ohrenheilkunde. — b) Rhinologische: Ruault: 3 Fälle von Rhinolithiasis. — Zarniko: Aspergillusmycose der Kieferhöhle. — Trolard: Ueber den Centralapparat des Geruchsinnes. — Bumie: Fibromyxoma of the nasopharynx. — Lewy: Ueber das Vorkommen der Charcot-Leyden'schen Crystalle in Nasentumoren. — c) Pharyngo-laryngologische: Péan: Totale Resection aller Gesichtsknochen. — Henrot: Rundes Pharynxgeschwür. — Verdos: Fall von allgemeinem Emphysem, durch Catheterismus der Tuba Eustachii hervorgebracht. — Cardarelli: Eine von Reizung des Halsvagus abhängige Art von Schwindel. — Teissier: Beitrag zur Lehre der Aortenerkrankungen durch die retrosternale Auscultation. — Howard: Ueber Dyspnoe bei Morbus Brightii. — Linnossier und Roux: Ueber die Morphologie und die Biologie des Soorpilzes. — Bock: Zwei seltene Zungenleiden. — Die „schwarze Zunge", ihre erste Beschreibung durch H. Landouzy im Jahre 1845. — Fournier: Zungenaffectionen bei Syphilis. — Turner: Halbseitige Zungenatrophie. — Ruault: Ueber Mandelentzündung und infectiöse Angina nach Nasenoperationen. — Natier: Chronischer Abscess der rechten Mandel, ein Fibrom simulirend. — Goodhart: Lupus der Wange, des Gaumensegels, des harten Gaumens und der Mandeln. — Browne: Speichelstein. Operation. — Turner: Tumor der Thyroidea, anscheinend bösartig. — Masucci: Zwei Fälle von Lähmung des Musculus cricothyreoideus. — Heryng: Ein Beitrag zur Wirkung der cantharidinsauren Salze. — Desvernine: Laryngotrachealfractur. — Hall: Acuter, mit Dyspnoe verbundener Larynxcatarrh beim Erwachsenen. — Egidi: Vergleichender Werth der Tracheotomie und der Intubation bei Larynxstenosen. — Botey: Plötzlicher Tod bei schweren Larynxerkrankungen. — Newmann: Klinische Vorlesungen über die Verengerungen der Speiseröhre. — Moullin: Bösartige Verengerung der Speiseröhre, Gastrotomie. Tod durch Durchbruch in die Aorta. — Mittheilung, betr. Gründung einer otolog. Gesellschaft.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N.
Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Gaughofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER	**Dr. N. RÜDINGER**	**Dr. v. SCHRÖTTER**
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Univers.	o. ö. Professor der Anatomie an d. Universität	o. ö. Professor und Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität
Wien	**München**	**Wien**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXVI. **Berlin, April 1892.** **No. 4.**

I. Originalien.

Zur Frage der Regeneration der Substantia propria in Trommelfell-Narben.

Von

Dr. **B. Gomperz,**

em. Assistenten an der k. k. Universitätsklinik für Ohrenheilkunde zu Wien.

Die Vorgänge bei der Verheilung von Trommelfelldefecten sind schon mehrfach zum Gegenstande sorgfältiger Untersuchungen gemacht worden, grösstentheils unter Beobachtungen am Lebenden, zum geringeren Theile mit Zuhilfenahme des Thierexperimentes, welches Gruber an Fröschen und Rumler[1]) an Kaninchen anstellte.

Bekanntlich ist die Regenerationskraft des Trommelfelles eine sehr bedeutende, so dass nicht nur kleine Lücken, wie wir sie nach der Paracentese, nach eitrigen Entzündungen sehen, rasch und spurlos ausheilen, sondern auch grössere Defecte, Destructionen, die nur einen ganz schmalen Saum an der Peripherie übrig liessen, sich durch Vernarbung schliessen können; ja wir haben bisher noch kein Mittel, keine Methode gefunden, um die Narbenbildung dort, wo wir sie nicht haben wollen, mit Sicherheit hintanzuhalten.

[1]) Archiv für Ohrenheilkunde Bd. XXX, Heft 11.

Digitized by Google

Eine Meinungsdifferenz der verschiedenen Autoren besteht nur bezüglich der Frage, ob bei der Narbenbildung nach Risswunden des Trommelfelles zuerst die Cutis- oder Schleimhautschichte den Defect schliesse. Politzer, der diesen Vorgängen am frühesten seine Aufmerksamkeit schenkte, fand[2]), dass sich zuerst von der Schleimhautschichte eine Membran vor die Lücke schiebe, ein gelbes Häutchen, von dem sich die Ränder der vorliegenden Epidermisschichte deutlich abheben. Zaufal[3]) gewann dagegen den Eindruck, dass zuerst die Epidermisschichte ins Wuchern gerathe, und dieser Anschauung ist in letzter Zeit auf Grund seiner Experimente am Kaninchentrommelfell Rumler[4]) beigetreten. Bei den Rupturen sah Politzer „seltener" die Vernarbung eintreten durch Auswachsen sämmtlicher Schichten des Trommelfelles, und Rumler, der am Kaninchentrommelfell auch Narben mikroskopisch untersuchte, die nach traumatischen Eingriffen entstanden waren, fand, dass die Substantia propria, wenn überhaupt, an der Heilung nur in sehr geringem Maasse betheiligt sei.

Uebereinstimmend geben aber Gruber[5]), Politzer[6]), Schwartze[7]) und Zaufal[8]) das Urtheil ab, dass eine Regeneration der Substantia propria in Narben, welche nach eitriger Entzündung der Paukenhöhle entstehen, nicht vorkomme.

Für die Narben, welche nach Riss- und Stichwunden des Trommelfelles sich bilden, ist demnach die Möglichkeit einer Regeneration der Substantia propria zugegeben, für die nach eitrigen Entzündungen entstandenen nicht.

Der Zufall hat mir nun ein pathologisches Gehörorgan in die Hände gespielt, nach dessen mikroskopischer Untersuchung ich mich dahin aussprechen muss, dass die Regeneration der Substantia propria denn doch, und dazu in sehr ausgeprägter Weise, auch in solchen Narben vorkommen kann, welche die nach eitriger Entzündung entstandenen Trommelfelldefecte decken.

Das Schläfebein (es ist das linke), welches ich der Güte des Herrn Professor Weichselbaum verdanke, entstammt einem im Rudolphspitale in Wien verstorbenen Erwachsenen. Der Gehörgang war durch einen Cerumenpfropf verlegt, der, den ganzen knöchernen Theil erfüllend, bis zum Trommelfell reichte, dessen Abdruck an der inneren Fläche des Pfropfes zu bemerken war. Das Trommelfell resp. die dasselbe ersetzende Membran hatte den normalen Umfang, war aber weisslich getrübt, verdickt und liess keine Spur mehr vom Hammergriff und kurzen Fortsatz sehen; nach dem Ausschneiden der Membran längs des Annulus zeigte es sich, dass vom Hammer der Griff mit dem Halse fehlten; der Hammerkopf war noch erhalten, jedoch, wie nach Entfernung des Tegmen

[2]) Wiener med. Wochenschrift 1872: Ueber traumatische Trommelfellrupturen.
[3]) Archiv f. Ohrenheilkunde VII, VIII: Casuistische Beiträge z. d. traumatischen Verletzungen des Trommelfelles.
[4]) L. c.
[5]) Lehrbuch der Ohrenheilkunde II. Aufl., pag. 332.
[6]) Lehrbuch der Ohrenheilkunde II. Aufl., Seite 289.
[7]) Lehrbuch der chir. Krankheiteu des Ohres, pag. 188.
[8]) Archiv für Ohrenheilkunde Bd. VII, S. 260.

Digitized by Google

tympani sichtbar wurde, in Ankylose mit dem Amboss, dessen langer Schenkel normaliter mit dem Stapes articulirte; letzterer war unbeweglich in der Fenestra ovalis fixirt, der Ueberzug des Promontoriums zeigte sich sehnig verdickt. Nachdem hier eine Missbildung nicht vorliegen kann, ist es wohl berechtigt, eine vorhergegangene eitrige Entzündung anzunehmen, welche zu ausgedehnter Zerstörung des Trommelfelles mit dem Hammergriffe und zur Fixirung des Steigbügels führte. Durch Vernarbung musste die Membran entstanden sein, welche sich bei der Section an Stelle des Trommelfelles vorfand.

Es wurden nun von der Trommelfellnarbe Radiärschnitte gefertigt, welche folgendes Bild zeigten: Während der Dickendurchmesser eines normalen Trommelfelles an der stärksten Stelle der Pars tensa, entsprechend dem Wulste der Circulärfasern an der Peripherie, ca. 0,13 Mm. beträgt (wobei von der Verdickung an der Stria malleolaris abgesehen ist), misst der der vorliegenden Narbe an analogen Stellen 0,4 Mm., wovon auf die Substantia propria allein 0,3 Mm. entfallen. Die Epidermisschichte ist unwesentlich verdickt und lässt nur wenige Lagen Malpighi'scher Zellen unterscheiden. An der Substantia propria erscheinen die Fasern wesentlich verbreitert; während am normalen Trommelfelle ihre Breite bis 0,01 Mm. beträgt, finden sich in dieser Narbe Fasern von 0,05 Mm. Breite.

Dabei sind ausschliesslich die Radiärfasern regenerirt, während von den Circulärfasern auch an der Peripherie keine Spur zu finden ist. Das Bindegewebe zwischen den Fasern ist nicht verändert, dagegen sind mehr Kerne, als gewöhnlich, zu sehen.

Radiärschnitt durch die Narbe.
Reich. Obj. 8, Ocul. 3.
a) Epidermisschichte.
b) Radiärfasern der Substantia propria.
c) Schleimhautschichte.

Wenngleich die nebenstehende Abbildung[9]) jeden Zweifel über das Recht, diese Fasern als der Propria angehörig anzusprechen, benehmen muss, will ich doch noch erwähnen, dass es sich bei den Verdickungen am Trommelfelle, wie sie nach chronischen Entzündungen beobachtet werden, hauptsächlich um Bindegewebsneubildungen handelt; in einem meiner diesbezüglichen Präparate präsentirt sich dieselbe an Radiärschnitten als eine, die ganze Dicke der Propria einnehmende Lage ungemein fein fibrillären, welligen Bindegewebes.

Es ist demnach nicht von der Hand zu weisen, dass sich die Substantia propria-Fasern in Narben regeneriren können; es frägt sich nur, ob ihre Wiederbildung in Lücken der intermediären Zone undenkbar und blos bei Totalperforationen möglich ist? Daran kann ich jetzt um so weniger glauben, wenn ich bedenke, wie viele, wenn auch kleine Perforationen nach eitrigen Entzündungen ausheilen können, ohne auch nur eine Spur am Trommelfell zu hinterlassen; anzunehmen, dass es Bindegewebe und nicht Propria ist, was sich an Stelle des Defectes zwischen

[9]) Die feine Strichelung und Punktirung innerhalb der Radiärfasern ist vom Holzschneider nur behufs Wiedergabe des matten Tones vorgenommen. Am Präparate sind dieselben von homogener Structur.

Digitized by Google

Epidermis- und Schleimhaut-Lage neugebildet hat, erscheint mir um so weniger berechtigt, als ja die Vernarbung der Trommelfelllücken gar nicht häufig durch Granulationsbildung eingeleitet wird und die Vorgänge bei der Mehrzahl der Fälle noch am ehesten mit denen bei der prima intentio der Schnittwunden verglichen werden können. Dass bei einem totalen Defecte des Trommelfelles, und ein solcher lag in meinem Falle vor, Propriafasern auswachsen, ist jedenfalls auf eine Betheiligung des Ringwulstes zurückzuführen, von dem wir wissen, dass er die Matrix der Radiärfasern abgiebt. Das Auswachsen derselben dürfte an der Peripherie wohl lebhafter stattfinden, als in centralen Bezirken, welche, da sie weniger blutreich sind, auf entzündliche Reize auch weniger intensiv reagiren. Bei den totalen Perforationen fällt noch ein hinderndes Moment weg, auf welches Gruber aufmerksam machte: der Zug des Tensor tympani, der bei Defecten des Trommelfelles, besonders wenn sie central oder in der Gegend des Lichtkegels sitzen, das Trommelfell mit dem Hammer stärker nach einwärts zieht; durch die so entstehenden ungünstigeren Ernährungsverhältnisse in der abnorm gespannten Membran werden die Chancen der Regeneration jedenfalls geringer.

Es erübrigt mir nur noch, eine Darstellung des Spiegelbefundes bei den totalen Narben des Trommelfells zu geben, um so eher, als solche zu den seltener vorkommenden Bildungen gehören. Bei ca. 20000 Ohrkranken, welche ich während meiner Spitalsdienstzeit beobachten konnte, sah ich solche Narben sicher nicht öfter, als 20 Mal, während die intermediären Narben bekanntlich ungleich häufiger beobachtet werden (unter 15549 Kranken der Klinik Gruber in den Jahren 1886—89 habe ich sie 469 Mal als Hauptleiden notirt)[10]).

Die meisten Patienten mit totalen Trommelfellnarben datirten die Entstehung des Leidens auf Processe zurück, die in der Kindheit sich abgespielt hatten, oder konnten gar keine Auskunft über den ursächlichen Process geben.

Das auffallendste Merkmal dieser totalen Narben liegt in dem Vorhandensein einer an Lage, Grösse und Farbe, weniger an Wölbung, mit dem Trommelfell correspondirenden Membran, an welcher jedoch kein kurzer Fortsatz, kein Hammergriff zu sehen ist. Die Farbe ist blaugrau, bei grösserer Dicke bläulich weiss, manchmal lässt ein röthlicher Ton bei erhaltenem Oberflächenglanze erkennen, dass die Paukenhöhle Sitz catarrhalischer Processe ist, oder es findet sich die Aussenfläche entzündet, was am häufigsten der Fall ist. Ich habe beobachtet, dass diese neugebildeten Membranen besonders leicht zu Dermatitiden disponirt sind, wobei sich grosse cholesteatomatöse Pfröpfe bilden. Zumeist kommen uns auch solche Kranke wegen mehr acut aufgetretener Beschwerden, da die seit Kindheit bestehende Schwerhörigkeit sie nur selten beunruhigt, oder wegen acuter Leiden am anderen Ohre zur Beobachtung. Die Hörweite war in allen Fällen, die ich sah, sehr herabgesetzt.

Die totalen Trommelfellnarben sind manchmal mit der inneren Trommelhöhlenwand verlöthet, öfter vollständig frei und bei abwechselnder Luftverdünnung und Luftverdichtung im äusseren Gehörgange beweglich.

[10]) Vergl. die Berichte des k. k. allg. Krankenhauses zu Wien 1886—1889.

Digitized by Google

Bei der Luftdouche konnte ich in letzterem Falle immer Ausbauchungs- und Einströmungsgeräusche hören, die sich kaum von den normalen unterschieden.

Die Wölbung der totalen Narben ist selten trichter-, sondern zumeist kuppelförmig.

Sowohl beim Siegle'sche Versuche, als auch bei der Sondirung konnte ich mich in vivo von der Festigkeit dieser Membranen überzeugen.

Nicht selten ist der Durchmesser derselben geringer, als der der normalen Trommelfelles; sicher ist aber dann auch eine Verengerung des knöchernen Gehörganglumens vorhanden, Veränderungen, welche auf Entzündungsprocesse zurückzuführen sind, die wohl von besonderer Heftigkeit waren. Es sind eben die Otitiden, welche zur Destruction und zu Zerstörungen am Hammer führten, die schwersten, meist nach Scarlatina, Diphtherie etc. entstanden, in deren Verlaufe Periosterkrankungen des äusseren Gehörganges theils Hyperostosen, theils knöcherne Stenosen bis zur Atresie verursachen.

Beitrag zur Aetiologie und Therapie des Empyema Antri Highmori.

Von

Aug. Kuchenbecker, Assistent der Klinik.

(Fortsetzung.)

B. Symptome.

Früher, d. h. vor den aufklärenden Arbeiten Zuckerkandl's und Ziem's wurde die Diagnose des Empyema Antri Highmori nur auf Grund folgender Erscheinungen gestellt:

1) Auftreibung des betreffenden Oberkiefers, Dünnerwerden der Wandung des Antrum Highmori und das Gefühl des Pergamentknitterns beim Betasten derselben.

2) Einseitiger foetider Ausfluss aus der Nase.

3) Infraorbitaler Schmerz, welcher nach verschiedenen Richtungen hin ausstrahlt.

Dieses waren die Symptome des „klassischen Empyems".

Ziem war, wie schon Eingangs erwähnt, neben Zuckerkandl der Erste, welcher seine Fachgenossen darauf aufmerksam machte, dass bei dieser Affection Schwellung und Auftreibung der Antrumgegend gewöhnlich fehlen, dass aber andererseits eine Reihe weiterer Symptome dabei zu finden sei, welche wir im Folgenden besprechen wollen.

I. Subjective Symptome.

Als subjective Symptome geben Krieg, Krause, Chiari u. A. **Schmerzen in der Wangengegend** oder auch **Stirnkopfschmerz** an, in einigen Fällen sogar typische Supraorbitalneuralgie. Wir konnten diese Schmerzen ziemlich häufig constatiren, nämlich bei No. 1, 2, 3, 4, 6, 10, 12, 13, 14, 16, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, also ungefähr in $^3/_5$ der von uns behandelten Fälle. Ziem dagegen fand diese Symptome

Digitized by Google

nur 2 Mal unter 20 Fällen und Luc unter 11 Fällen nur 3 Mal. Der von einigen Autoren als seltenes Symptom erwähnte Schwindel war bei nahezu einem Drittel unserer Fälle, also ziemlich häufig vorhanden, nämlich bei No. 3, 4, 5, 14, 16, 21, 25, 26, 28. Hustenanfälle, welche jeder Therapie trotzten, wurden von Kuhn, Jeanty u. A. beobachtet; dieselben wichen beim Ausspülen des Antrum, ohne dass gegen sie direct therapeutisch vorgegangen worden wäre.

II. Objective Symptome.

Der ungewöhnlich starke und gewöhnlich einseitig auftretende Nasenausfluss, welcher meistens die Patienten zum Arzte führt, ist nach Ziem gerade eines der wichtigsten Symptome, und wir können nicht umhin, soweit unsere Erfahrungen reichen, demselben völlig beizustimmen.

Von mehreren unserer an acutem Empyem Erkrankten wurde spontan angegeben, dass im Beginne der Affection Nachts der Eiter aus der Nase sogar in grösserer Menge auf das Kopfkissen geflossen sei. An dieser Stelle wäre auch noch darauf hinzuweisen, dass in manchen Fällen der Ausfluss nicht immer gleich stark ist, sondern dass derselbe zu Zeiten geringer, zu anderen Zeiten reichlicher sich zeigt und periodenweise gänzlich fehlen kann. Es hat dieses wohl seinen Grund mit darin, dass sich manchmal die natürliche Ausflussöffnung theilweise verstopft. Totaler und permanenter Verschluss des Ostium maxillare dagegen ist gewiss eine grosse Seltenheit (vgl. Fall No. 13 unserer Tabelle). Bei denjenigen Fällen, bei welchen die Secretion nie sistirt, tritt nach allen neueren Beobachtungen keine Schwellung des Oberkiefers ein, eine solche fand sich nur in einem einzigen unserer nicht mit Carcinom complicirten Fälle (No. 12), und auch hier nur ganz leicht angedeutet in der Gegend der Fossa canina. Dieser Ausfluss ist ganz geruchlos, Bayer glaubt diesen Geruch am besten mit demjenigen der Häringslake vergleichen zu können, und in der That haben auch wir bei einigen unserer Fälle ähnliche Beobachtungen gemacht. Den intensivsten Foetor fand Siebenmann beim acuten Empyem dentalen Ursprungs. In anderen Fällen war der Foetor durchaus nicht auffallend, sondern der Geruch musste eher als ein fader bezeichnet werden.

Wollen wir zuverlässigen Aufschluss über die nähere Herkunft des Secretes haben, so müssen wir die Rhinoscopie zu Hilfe nehmen. B. Fraenkel (Berliner klin. Wochenschr. No. 16, 1887) macht auf den Umstand aufmerksam, dass man das eitrige Secret der Highmorshöhle aus der Gegend des Hiatus semilunaris, also unter dem Vorderende der mittleren Muschel hervorquellen sehe, und dass nach dem Wegwischen desselben der Eiter beim Vorwärtsneigen des Kopfes in kurzer Zeit an nämlicher Stelle wieder erscheine.

Nach unseren Erfahrungen möchten wir die Behauptung von Fraenkel und Chiari, dass das Hervorquellen von Eiter unter dem Vorderende der mittleren Muschel nur bei einer bestimmten Kopfhaltung pathognomonische Bedeutung habe, nicht unterstützen.

Der abfliessende Eiter zeigt oft einen pulsirenden Lichtreflex. Walb hat zuerst aufmerksam gemacht auf diese eigenthümliche Erscheinung, welche wir indessen nur selten antrafen.

Der Lateralwulst, welcher von Kaufmann so häufig gefunden und

Digitized by Google

welcher von ihm als pathognomonisches Symptom erklärt wurde, ist von uns nur bei No. 13, 16, 22 und 28 = 14 pCt. constatirt worden. Fall 28 betrifft ein doppelseitiges Empyem, der Lateralwulst war aber nur linkerseits zu sehen.

Durch den ausfliessenden Eiter wird die Nasenschleimhaut einer fortwährenden Reizung ausgesetzt; daher erklärt sich ihre Hyperämie und Schwellung. Auf erwähnten Umstand ist auch weiterhin zurückzuführen die Bildung von Hypertrophien und eigentlichen Polypen am Vorderende der mittleren Muschel, wie wir sie in der Hälfte unserer Fälle sehr ausgesprochen fanden (No. 1, 2, 4, 5, 9, 10, 13, 15, 19, 20, 24, 25, 26, 27, 28 = 50 pCt.).

Seite der Erkrankung: Was die Seite der Erkrankung anbetrifft, so war in unseren Fällen die linke Seite 14 Mal, die rechte Seite 13 Mal erkrankt. Doppelseitige Empyeme hatten wir 2 zu behandeln.

Der Befund Heryng's, welcher über 7 Fälle von rechtsseitigem und nur 2 Fälle von linksseitigem Empyem berichtet, ist offenbar ein zufälliger, jedenfalls wäre in dieser Hinsicht noch eine Reihe weiterer Beobachtungen zu sammeln

Das **doppelseitige Empyem** kommt nicht allzu häufig vor, obwohl namentlich in letzter Zeit über mehrfache Fälle dieser Art berichtet wird. So beobachtete Ewald ein doppelseitiges Empyem bei Influenza (vergl. Aetiologie). Jeanty sah unter 24 Erkrankungen der Highmorshöhle 4 doppelseitige, Michelson die gleiche Anzahl. Wir sahen, wie schon oben erwähnt, unter unseren 29 Fällen 2 doppelseitige.

Dauer des Processes: Das Empyem der Highmorshöhle hat, wie dasjenige der Keilbeinhöhle, eine ganz besondere Neigung, chronisch zu werden. Dieselbe erklärt sich schon zur Genüge aus den anatomischen Verhältnissen, indem diese beiden Nebenhöhlen der Nase dem angesammelten Secrete auch die ungünstigsten Abflussbedingungen bieten (Zuckerkandl) und Zersetzungen des Eiters in hohem Grade begünstigen.

Wir sind in der Lage, über einen Fall berichten zu können, welcher mindestens schon 20 Jahre gedauert hatte, No. 10; Fall 2 dauerte 11 Jahre, Fall 5 und Fall 15 schon 10 Jahre; Fall 20 7 Jahre.

Die Beobachtungen anderer Autoren stimmen mit den unseren vollständig überein: So Firwe, welcher ein Empyem zu behandeln hatte, das schon 16 Jahre bestanden hatte. Jeanty behandelte Empyeme von 20jähriger, 12- und 10jähr. Dauer. Schmiegelow sah unter 17 Fällen 7, welche länger als 5 Jahre dauerten.

Complicationen: Eine sehr häufige, das Empyema Antri Highmori complicirende Krankheitserscheinung ist, wie wir schon früher anzudeuten Gelegenheit hatten, das Auftreten von Hypertrophien und von wirklichen Schleimpolypen der Nasenschleimhaut, speciell am Vorderende der mittleren Muschel.

Eine weitere Complication ist nach Krieg, Killian und Hartmann das Uebergreifen des Empyems auf den Sinus frontalis. In unseren Fällen fanden wir ein solches Zusammentreffen kein einziges Mal, vielmehr sahen wir, dass bei Behandlung der Oberkieferhöhleneiterung überhaupt jede Eiterung aus der Nase nach der Injection wenigstens eine Zeit lang sistirte, eine Complication mit Empyem anderer Nebenhöhlen der Nase also auszuschliessen war.

Digitized by Google

Zu erwähnen sind auch die Augenaffectionen, welche nach den Angaben der Autoren häufig das Empyema Antri Highmori compliciren, und auf welche Ziem ebenfalls besonders hinweist: so die chronische und acute Conjunctivitis mit ihren Folgeerscheinungen, weiterhin Iritis, Panophthalmitis, Circulationsstörungen im Inneren des Auges, mit Einschränkung des Gesichtsfeldes einhergehend. Krieg und Ziem beobachteten Abscess des Augenlides nach Empyem. Krieg und Hartmann sahen Orbitalabscesse. Bei unseren 29 Kranken mit gutartigem Empyem war bei keinem einzigen eine Complication von Seiten der Augen zu constatiren, wohl aber von Seiten der Ohren, so bei No. 4 und 26; der letztere Kranke litt an einer acuten Mittelohreiterung, welche zugleich mit dem Empyem des Antrum Highmori aufgetreten war.

Von den Empyemen unserer Beobachtungsreihe war 1/4 von Anfang an mit Allgemeinerkrankungen complicirt; so mit Influenza 5, nämlich No. 16, 17, 22, 25, 28; 2 Empyeme wurden durch intercurrente Influenza bedeutend verschlimmert. Bei No. 21 trat das Empyem mit einer Pneumonie auf, bei No. 26 mit Bronchitis acuta. Sodann zeigten auch die Sectionsprotocolle von Dr. Siebenmann auf das Evidenteste das Vorkommen der Eiterung der Keilbein- und der Highmorshöhle bei Influenza und bei Typhus (vergl. oben).

Was nun dies Verhältniss der Allgemeinerkrankung zum Empyem betrifft, so haben wir uns schon im Capitel der Aetiologie darüber ausgesprochen. An dieser Stelle wäre nur nochmals darauf hinzuweisen, dass die erwähnten Infectionskrankheiten wohl kaum als Complication, sondern vielmehr als die directe Ursache des Empyems der Nebenhöhlen der Nase anzusehen sind. Auf einfache Weise erklären sich dann auch die obengenannten Complicationen, wie Otitis media purulenta (Siebenmann), Meningitis purulenta (Ewald) etc., insofern, als dieselben auf der nämlichen Ursache — einer infectiösen Allgemeinerkrankung — basiren.

C. Therapie und Ausgang.

Ein einheitliches Verfahren, das in allen Fällen von Empyema Antri Highmori zur Heilung führt, ist zur Zeit noch nicht gefunden. Es kommt dies wohl daher, dass wir unter dem gemeinsamen Namen „Empyem der Highmorshöhle" eine Reihe von Eiterungsprocessen zusammenfassen, welche, wie wir gesehen haben, sowohl was Aetiologie, als auch was die pathologisch-anatomischen Verhältnisse anbetrifft, nicht übereinstimmen.

Die Therapie des Empyems der Highmorshöhle unterscheidet sich in nichts von der Behandlung der Eiterungen starrwandiger Höhlen überhaupt. Wie wir z. B. die Pleurahöhle bei eitriger Pleuritis an möglichst tiefer Stelle punctiren, in ganz schweren Fällen auch Rippenresectionen damit verbinden und tamponiren, so geht unser Bestreben in der Behandlung des Empyema Antri Highmori darauf aus, dem Eiter an möglichst tiefer Stelle durch Anlegen einer künstlichen Oeffnung Abfluss zu verschaffen und zugleich Ausspülungen von dort aus vorzunehmen, welche die eiternde Höhle desinficiren und die Schleimhaut in den normalen Zustand zurückzuführen im Stande sind. Es ist diese Anbohrung an möglichst tiefer Stelle auch dann angezeigt, wenn der Ausfluss durch

Digitized by Google

das Ostium maxillare ein durchaus ungehinderter ist. Denn wie wir schon früher beiläufig bemerkt haben, sind die Abflussbedingungen für den im Antrum eingeschlossenen Eiter aussergewöhnlich ungünstige insofern, als die natürliche Abflussöffnung sich nahe dem höchstgelegenen Punkte derselben befindet. Die Stagnation und die Zersetzung des Secretes, welche die natürliche Folge davon ist, wird häufig nicht aufhören, bis an tiefster Stelle eine Gegenöffnung angebracht ist.

Die Praedilectionsstelle für die Anbohrung ist je nach dem Autor eine verschiedene. In Betracht kommt hauptsächlich der Alveolarfortsatz (Cooper); die Fossa canina (Desault, Schech, Küster); der untere Nasengang (Mikulicz); der Hiatus semilunaris (Jourdain, Zuckerkandl, Bayer).

Auf unserer Klinik wird bis dahin immer zunächst das Verfahren von Krause und Schmidt angewendet. Dieses lehnt sich an die Operationsmethode von Cooper an und besteht darin, dass nach Eröffnung des Antrum vom Alveolarfortsatz aus jeweilen zunächst mit gesättigter wässriger Borsäurelösung ausgespritzt, dann Jodoform insufflirt wird.

Von anderen desinficirenden Arzneimitteln, welche bei diesem Verfahren in Betracht kommen, ist als Spülflüssigkeit 4procentiges Borwasser, weil zugleich ungiftig und nicht reizend, am zweckmässigsten. Von anderen Mitteln sind zu nennen: Argentum nitricum, Zincum sulfur., Zincum chloratum, Cuprum sulfuricum, Alumen aceticum, Thymol, Lysol, Sublimat; ohne dass aber damit, soweit unsere Erfahrungen reichen, bessere Erfolge erzielt worden wären. Im Gegentheil zeigte sich, dass da, wo Borsäure wirkungslos blieb, auch die übrigen genannten Antiseptica uns gewöhnlich im Stiche liessen. Doch ist zu bemerken, dass in einigen besonders hartnäckigen Fällen Lösungen von Argentum nitricum in kurzer Zeit auffallende Besserung, im Falle No. 5 sogar — wenigstens für längere Zeit — Sistirung der Secretion herbeiführten. Zur Insufflation benutzten wir meistens Jodoform, welches mit einem Kabierski'schen Pulverbläser eingeblasen wurde. Da jedoch auf Grund unserer Krankenbeobachtungen eine Idiosyncrasie gegen Jodoformapplication in diese Höhle nicht gar selten zu sein scheint (vergl. Fall No. 2, 10 und 14), so würde dasselbe durch Jodol, Bor, Salol, Dermatol etc. zu ersetzen sein. Durch Salol und Bor āā haben wir in einem Falle (vergl. No. 2), wo jahrelange, hartnäckige Eiterung bestanden hatte, schliesslich doch noch dauernde Heilung erzielt.

Bei der Behandlung eines chronischen hartnäckigen Empyems, welches durch Jodoforminsufflation nicht gebessert wurde (vergl. No. 28), erwiesen sich Ausspülungen von Spiritus vini concentratus ebenfalls erfolglos.

Die Eröffnung der Alveole geschah bei dem von uns geübten Krause'schen Verfahren stets mit dem von Siebenmann in der Zeitschrift für Ohrenheilkunde Band XXI angegebenen zweischneidigen Perforatorium, welcher im Handgriffe die Form eines Nagelbohrers besitzt, sehr handlich ist und rasch arbeitet. Um das vorzeitige Zuwachsen der Operationsöffnung zu verhindern und das Eindringen von Speiseresten durch dieselbe zu vermeiden, liessen wir nachträglich in einzelnen Fällen, so bei No. 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 18 unserer Tabelle, durch einen Zahn-

Digitized by Google

arzt einen nagelförmigen Obturator einlegen. Es ist dieses ein 2 Ctm. langer und 0,4 Ctm. dicker, in die Operationsöffnung passender, nagelförmiger Silber- oder Platinstift, dessen unteres Ende in eine dünne Metallplatte eingefügt ist. Letztere wird für jeden einzelnen Fall besonders gestanzt zwischen dem aus Zinn gefertigten Positiv und dem Negativ der betreffenden Stelle des Alveolarfortsatzes. Diese nagelförmigen Obturatoren schliessen und halten gut; auch ist der Patient bald im Stande, seinen Obturator selbst zu entfernen und wieder einzulegen, ohne sich dabei wesentliche Schmerzen zu verursachen, so dass er die Nachbehandlung selbst durchführen und zudem durch zeitweiliges Ansaugen des Secretes aus der Höhle die Heilung in Etwas unterstützen kann. Wir sind in der Lage, über einen solchen Fall berichten zu können, wo die Heilung vom Patienten selbst lediglich auf diese Weise herbeigeführt wurde (vergl. No. 12). Ausserdem hat der Obturator den Vortheil, dass er unter der Platte eines Gebisses getragen werden kann. Bei einigen Patienten unserer Poliklinik, die nicht in der Lage waren, sich einen Obturator anschaffen zu können — es ist eine Ausgabe von ungefähr 30 Franken —, sahen wir bis jetzt keine grossen Nachtheile davon, dass der Operationscanal während der Zeit der Behandlung offen gelassen wurde; denn der Procentsatz der auf diese Weise geheilten poliklinischen Patienten kommt annähernd derjenigen unserer mit Einlegen eines Obturators geheilten Privatpatienten gleich. Es scheint also, dass weder eine Reinfection von der Mundhöhle aus stattfand, noch Speisereste durch den engen Operationscanal in das Antrum gelangten. In diesen Canal drängen sich schon einige Tage nach der Operation die Weichtheile so hinein, dass derselbe dadurch verschlossen wird. Dieser Umstand hat aber gleichzeitig zur Folge, dass das jedesmalige Einlegen der Canüle durch die zuwachsende Operationsöffnung oft so schmerzhaft wird, dass eine Nachbehandlung durch den Patienten selbst in diesen Fällen zuweilen nicht möglich ist.

In letzter Zeit sind wir von der Verwendung eines Obturators bei acuten Fällen vollständig abgekommen, da bei der kurzen Dauer der Affection der Arzt die ganze Behandlung selbst übernehmen und die Canüle selbst einführen soll; in chronischen Fällen dagegen, wo die Behandlungsdauer sich über Monate und Jahre erstreckt, können wir ohne Obturator nicht auskommen. Vor dem Einlegen von Kautschukdrains, Wattetampons, Hartgummistiften etc ist zu warnen Es existiren in der Literatur Fälle — und auch uns sind solche bekannt —, wo ähnliche, als provisorische Obturatoren in den Operationscanal eingeführte Gegenstände mit oder ohne Wissen des Kranken in das Antrum gelangten und dort als Fremdkörper die Eiterung unterhielten, so dass in manchen dieser Fälle die etwas eingreifende Operation nach Küster später ausgeführt werden musste.

Unsere Behandlungsresultate sind in tabellarischer Uebersicht folgende:

Geheilt: No. 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 14, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 24, 27; No. 12 (Spontanheilung?)	Summa:	19.
Gebessert: No. 10, 13, 15, 20	„	4.
Ungeheilt: No. 4	„	1.
Ausgeblieben: No. 15, 20, 23, 25, 26	„	5.
Noch in Behandlung: No. 28 und 29	„	2.

Digitized by Google

Um indessen diese Heilungsresultate richtig beurtheilen zu können, müssen wir unsere Fälle in acute und chronische eintheilen. Unter die acuten rechnen wir diejenigen Empyeme, deren Dauer einen Zeitraum von 3 Monaten nicht übersteigt.

I. Acutes Empyem: **5** Fälle (nämlich No. 1, 3, 19, 23, 24).
Davon wurden geheilt 4 Fälle (No. 1, 3, 19, 24).
Der weiteren Behandlung entzog sich 1 Fall (No. 23).
Die Heilungsdauer betrug bei No. 1: 4 Wochen.
bei „ 3: 3 „
bei „ 19: 4 „
bei „ 24: 1 „
Im Mittel betrug die Heilungsdauer also 3 Wochen.

Die Prognose des acuten Empyems ist demnach günstig zu stellen.

II. Chronisches Empyem: **24** Fälle (nämlich No. 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 25, 26, 27, 28 und 29.
Davon wurden geheilt: **13** Fälle (No. 2, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 14, 16, 17, 18, 22, 27.
Spontan heilte . . . . 1 Fall (No. 12).
Gebessert wurde . . . 1 Fall (No. 13).
Ungebessert blieb . . 1 Fall (No. 4).
Noch in Behandlung sind 3 Fälle (No. 10, 28, 29).
Der weiteren Behandlung entzogen sich: 5 Fälle (No. 15, 20, 21, 25, 26).
Die Heilungsdauer betrug:
bei 5 Fällen: 1/2 Monat (No. 6, 7, 8, 16, 22),
bei 3 Fällen: 1 „ (No. 11, 18, 27).
bei 3 Fällen: 5 „ (No. 9, 14, 17).
bei 1 Fall: 12 „ (No. 5).
bei 1 Fall: 17 „ (No. 2).

Von der Bestimmung der mittleren Heilungsdauer chronischer Empyeme müssen wir abstrahiren angesichts des Umstandes, dass nur etwas mehr als die Hälfte dieser Fälle geheilt wurde und die andere Hälfte theils noch in Behandlung steht, theils sich derselben entzogen hat. Die geheilten chronischen Empyeme beanspruchten eine durchschnittliche Heilungsdauer von 2 1/2 Monaten.

Gehen wir nun zur Besprechung der anderen Punctionsverfahren über, so kämen noch: 1) die Mikulicz'sche Operation in Betracht. Mikulicz durchbricht mit einem Troicart vom unteren Nasengange aus die äussere Nasenwand, hierauf wird nach Einlegung einer Canüle das Antrum durch die auf diese Weise erhaltene Oeffnung ausgespritzt. Obwohl theoretisch gegen diese Methode wenig einzuwenden wäre, so finden wir dieselbe doch nicht practisch; einmal ist von der Nasenhöhle aus das Antrum nicht leicht zu erreichen; die Knochenwand ist dort unverhältnissmässig dick, so dass sie mit dem Troicart nur schwer oder gar nicht zu durchbrechen ist (wie auch wir in einem Falle erfahren haben). Ferner entspricht die Operationsöffnung in diesem Falle gewöhnlich nicht dem tiefsten Punkte der Highmorshöhle, wenigstens nicht in

Digitized by Google

dem Maasse, wie wir bei der Desault'schen, Schech'schen oder Küster'schen Operation es erreichen können. Weiter wäre noch zu berücksichtigen, dass wir dabei unser Instrument nicht so in der Gewalt haben und auch das Operationsfeld nicht so, wie es wohl wünschbar wäre, übersehen können. Der Hauptgrund aber, warum diese Operation auf unserer Klinik nicht eingeführt wurde, ist der, dass es dem Patienten unmöglich ist, von der Nase aus die Ausspülungen selbst vorzunehmen.

Der nämliche Vorwurf trifft auch die Verfahren von Jourdain, Bayer und Zuckerkandl, bei welchen noch der schon eben erwähnte Uebelstand hinzutritt, dass die Operationsöffnung ganz bedeutend über dem Boden (Alveolarbucht) der eiternden Höhle angebracht wird. Dieselbe wird sogar noch oberhalb des Ostium maxillare das Antrum treffen, falls wirklich in horizontaler Richtung in der Gegend des Hiatus semilunaris eingestossen wird. Wir möchten diesen Weg nur dann einschlagen, wenn das Ostium maxillare verengt oder verschlossen ist und ausser dem Bohrcanal vom Alveolarfortsatz aus noch eine Gegenöffnung angelegt werden muss, damit die Luft dort frei communiciren kann beim Aussaugen des Eiters und bei der Injection der Desinfectionsflüssigkeit (No. 13 unserer Fälle).

Die Eröffnung vom harten Gaumen aus wird wegen deren grossen Variabilität der Lage und Ausdehnung der Gaumenbucht (Zuckerkandl) nur selten ausgeführt werden. Dieselbe käme in Frage bei den immerhin sehr seltenen Fällen, wo sich an jener Stelle bereits eine stärkere Vorwölbung bemerkbar macht.

(Schluss folgt.)

Weitere Erfahrungen über Menthol bei Otitis externa furunculosa und Otitis media acuta purulenta.

Von

Dr. med. **R. Cholewa**, Ohrenarzt in Berlin.

(Schluss.)

Alle diese Thatsachen nun veranlassten mich, Mentholölwicken in allen jenen Fällen anzuwenden, wo acute eitrige Otitiden durch Entzündung und Verengerung des äusseren Gehörganges complicirt wurden.

Aber nicht allein in solchen Fällen, sondern auch da, wo noch kein Durchbruch des Trommelfells stattgefunden hatte, leitete ich versuchsweise die Mentholbehandlung ein, ohne dies bis jetzt für nur einen Fall haben bedauern zu müssen. In meiner Ueberzeugung, dass wir mit Menthol in der Behandlung von acuter eitriger Mittelohr-Entzündung noch Gutes zu erreichen im Stande sind, wurde ich ferner durch die Arbeit eines russischen Collegen bestärkt. Das Referat über diese Arbeit des Collegen B. Pentkovsky zu Radam fand sich in No. 4 der „Semaine medicale" 1891 und lautet also: „L'essence de menthe dans le traitement de l'otite moyenne suppurée."

D'après un confrère russe (Mr. le dctr. P.) l'essence de menthe poivrée est le meilleur antiseptique pour le traitement de l'otite moyenne suppurée.

Digitized by Google

Elle n'irrite pas la muqueuse, tarit remarquablement vite la suppuration et exerce sur l'écaulement une action désodorisant considerable et prolongée; elle est très agréable au malade et jouit d'une innocuité absolue même etant employée en solutions relativement concentrées u. s. w.

Soweit stimmen meine Erfahrungen mit denen des russischen Collegen über die Wirkung von Menthol überein, in der Art der Anwendung weichen sie von ihm ab, und ich werde mir daher erlauben, kurz meine Therapie (die, wie gesagt, nur ein Versuch ist) der acuten eitrigen Otitiden vermittelst Menthol hier zu schildern.

Wenn ein Fall von frischer acuter Mittelohrentzündung in meine Behandlung kommt, so mache ich in den Fällen, wo bei intactem Trommelfell eine Eiteransammlung in der Paukenhöhle noch nicht mit Sicherheit nachzuweisen ist, von dem Bendelack-Hewetson'schen Verfahren, d. h. von Einträufelungen von 10procentigen Carbol-Glycerin-Lösungen, Gebrauch. Führt dieses Verfahren nicht zum Ziel, was immer der Fall ist, wenn es sich um ein eitriges Exsudat handelt, oder ist ein solches mit Sicherheit bei der Inspection des intacten Trommelfells nachzuweisen, so desinficire ich den äusseren Gehörgang vermittelst Lysol und mache eine ausgiebige Paracentese. Hierauf wird von der Tuba aus mit 1procentiger Kochsalzlösung die Paukenhöhle durchspült und der Rest der Flüssigkeit mit dem Ballon aus der Paukenhöhle geblasen, nachdem in die äussere Oeffnung des Catheters vorher einige Tropfen 10procentiges Mentholöl gebracht worden sind. Der Gehörgang wird hierauf sorgfältig getrocknet und eine trockene Mentholglycerinwicke in denselben applicirt.

Während ich bei der Furunculose des Gehörganges einfach von Wattewicken Gebrauch mache, die kurz vor der Application in Menthol-Oel-Lösungen getaucht werden, bediene ich mich bei meinen Versuchen der Behandlung acuter eitriger Mittelohr-Entzündungen eigens präparirter trockener Menthol-Glycerinwatten. Es geschieht dies, um den Watten ihre Resorptionsfähigkeit und gleichzeitig die desinficirende Wirkung des Menthols zu erhalten. Aus diesem Material drehe ich mir nun einen Zoll lange (bei Kindern kürzere), der Weite des Gehörgangs entsprechend dicke Wicken von conischer Gestalt, die mit der Ohrpincette bis dicht an das Trommelfell geschoben werden. Eine directe stärkere Pressung des Trommelfells darf weder in diesen Fällen noch in denen der Furunculose durch die Wicken ausgeübt werden, da sonst allerdings unerträgliche Schmerzen entstehen können. Mit ihrem dicken Ende schliesst die Wicke kurz die äussere Gehörgangsöffnung ab, d. h. sie darf nicht über dieselbe hervorragen, da sonst durch Manipulationen mit der Hand oder Nachts bei Lagerung auf dem kranken Ohr der Patient selbst die Wicke tiefer treiben und so eine stärkere Berührung und Reizung des Trommelfells herbeigeführt werden könnte. Ueber das Ohr kommt sowohl bei der acuten Mittelohr-Entzündung, als bei der Furunculose ein Verband. Nöthig ist derselbe immer bei Kindern, nicht allein um sie zu verhindern, die Wicken herauszuziehen, sondern auch um die Wicken, welche bei Kindern entsprechend der Länge des kindlichen Gehörgangs kaum mehr wie $1^1/_2$ Ctm. betragen, am Platze und in ihrer Lage zu erhalten. Nach 24 Stunden wird die Wicke entfernt und das Ohr wiederum in der oben angegebenen Weise mit einer Wicke versehen und verbunden.

Digitized by Google

Nach der Paracentese und dem Einlegen der ersten Wicke sehen wir eine serös-eitrige, stark nach Menthol riechende Flüssigkeit sich in und neben der Wicke ergiessen. Vom ersten Augenblick der Application an haben die Patienten den Geschmack von Menthol auf der Zunge; bei jeder Inspiration wird ein Theil des Mentholdampfes durch die Paukenhöhle in die Tube gerissen und fluthet zum Theil auf diesem Wege wieder zurück. Bei Herausnahme der ersten, wie der ferneren Wicken findet sich im Gehörgang kein Eiter, wohl aber ist die Wicke mit solchem mehr oder weniger imprägnirt, ohne dass sich ein Foetor bemerkbar macht; derselbe ist augenscheinlich vollkommen durch Menthol übertäubt. Beim Catheterisiren hört man noch Rasselgeräusche, aber am dritten Tage sind auch diese geschwunden und der Ausfluss neben der Wicke hat aufgehört. Die Röthe des Trommelfells lässt bald nach, die Paracentesenöffnung schliesst sich und gegen den achten Tag durchschnittlich sind alle Erscheinungen der acuten eitrigen Mittelohr-Entzündung bis auf ein geringes Sausen in dem betreffenden Ohre geschwunden. Ein schöner Erfolg, wenn man die durchschnittliche geringste Dauer einer acuten eitrigen Mittelohr-Entzündung auf 3 — 5 Wochen bemisst und bedenkt, welchen Schwankungen und Eventualitäten eine solche in ihrem Verlauf unterworfen ist.

Obwohl ich nun dieses Verfahren bei Kindern und Erwachsenen mit vollkommenem Erfolg durchgeführt habe, so betrachte ich, wie gesagt, diese Art der Behandlung als einen Versuch und bin weit davon entfernt, dieselbe als eine „neue Methode" zu empfehlen. Wenn wir indess diese Art der Behandlung mit den Forderungen vergleichen, welche z. B. Prof. Dr. Zaufal in seinem Aufsatze: „Zur Behandlung der acuten eitrigen Mittelohr-Entzündung mit Berücksichtigung der bacteriolog. Forschungs-Ergebnisse", Heft 19 und 20 der „Medicinischen Wandervorträge" stellt, so glaube ich die „ideale Aufgabe", welche er in einer „künftigen rationellen Therapie" einer acuten (eitrigen?) Mittelohr-Entzündung sieht, annähernd gelöst zu haben. Er schreibt daselbst pag. 18 und 19: „Präcisiren wir nach dem gegenwärtigen Stande der Therapie die Aufgabe, die wir eigentlich mit Bezug der Heilung einer acuten Otitis media zu erfüllen hätten, so würde sie darin bestehen, den Abscess, d. h. die Paukenhöhle unter strenger Antisepsis breit zu öffnen, das Exsudat gründlich zu entfernen und eine derartige Desinfection der entzündeten Schleimhaut vorzunehmen, dass sämmtliche Individuen des (?) entzündungserregenden Microparasiten keimungsunfähig! gemacht werden. Dann wäre zu hoffen, dass der Entzündungsprocess in der kürzesten Frist vollständig zur Heilung kommen würde. Aber alles Das hätte nur unter der Bedingung zu geschehen, dass „die Function des Paukenhöhlenapparates nicht im Geringsten beeinträchtigt wird."

Letztere Forderung ist gross gedruckt, und gerade diese Forderung, „die Intactheit des Schallleitungsapparates", wird durch die Mentholbehandlung, wie ich sie oben geschildert habe, insofern erfüllt, als in den bis jetzt zur Behandlung gekommenen Fällen die frühere Breite der Hörfähigkeit wieder erreicht wurde.

Ich würde mich freuen, wenn diese Zeilen dazu dienten, einen oder den anderen Herrn Collegen zu veranlassen, die Mentholbehandlung bei Furunculose des Ohres, wie bei Otitis media acuta purulenta und den

Digitized by Google

secundären, hierbei vorkommenden Verschwellungen des Gehörganges einer Prüfung zu unterziehen. Es ist nicht der Wunsch, „Recht zu behalten", sondern es sind die unläugbaren Thatsachen einer nochmaligen bacteriologischen Versuchsreihe, welche mir zum zweiten Male in dieser Sache die Feder in die Hand gedrückt haben.

Herrn Prof. A. Fraenkel für die bereitwillige Erlaubniss zur Benutzung des Krankenhaus-Laboratoriums, sowie den Herren Dr. Troïe und Dr. Roenick für ihre freundliche Uebernahme des bacteriologischen Theils dieser Arbeit sage ich hiermit meinen herzlichsten Dank.

Intubation des Larynx bei acuten und chronischen Stenosen.

(Casuistische Beiträge.)

Von

Dr. **E. Schmiegelow** (Kopenhagen).

(Fortsetzung.)

Fall 7. Christiane Petrea, 33 Jahre alt, verheirathet. Am 25. Februar 1891 auf Abtheilung I des Stadtspitals überbracht, gestorben am 29. März 1891.

Sie hat seit 15 Jahren wegen einer diffusen, stenosirenden Schleimhauthypertrophie im Larynx eine Trachealcanüle getragen. Vor 6 Jahren entfernte ich mit der Schlinge einen nussgrossen Tumor von der vordersten Larynxwand, und seitdem ist sie im Stande gewesen, ungefähr eine halbe Stunde mit geschlossener Trachealfistel zu athmen. Sie ist in den letzten Jahren ab und zu mit Schrötter's Zinnbolzen und Hartgummiröhren behandelt worden, ohne dass es glückte, den Larynx so weit zu dilatiren, dass sie die Canüle gänzlich entbehren kann.

Patientin ist mager und von bleicher Hautfarbe. Ueber die Canüle sieht man auf der Vorderfläche des Halses einen pfenniggrossen Fleck, wo die Haut roth und geschwollen, infiltrirt, mit einem Schorf bedeckt und zu Zeiten nässend ist. An den Seiten des Halses fühlt man kleine Drüsen. Das Schlucken geht leicht. Sie leidet ziemlich viel an Husten, mit reichlichem, zähen, purulenten Expectorat; Tuberkelbacillen werden nicht gefunden. Die bronchitischen Phänomene ausgenommen, wurde bei der Auscultation nichts Abnormes gefunden. Die Larynxschleimhaut ist der Sitz einer diffusen, festen, fibrösen Infiltration, von weisslich bleichrother Farbe. In der Höhe des falschen Stimmbandes, von der vordersten rechten Ecke des Larynx ausgehend, sieht man einen kaum kirschengrossen Tumor mit breiter Basis und von derselben Farbe, wie die übrige Schleimhaut. Wenn man die Canüle entfernt und die Fistel schliesst, athmet Patientin durch den Larynx mit etwas stenotischem Klange, aber ist dennoch im Stande, die Canüle ungefähr eine halbe Stunde zu entbehren.

Am 2. März wurde der Polyp mit kalter Schlinge entfernt, die Passage besserte sich bedeutend, war aber dennoch ungenügend, weshalb

Digitized by Google

Patientin am 9. März mit Metallcanüle für einen Erwachsenen intubirt wurde.

Temperatur am 11. März: Morgens 37,5°, Abends 37,4°.

Pat. befindet sich wohl, isst Grütze und Butterbrod mit ziemlich grosser Freiheit. Hustet etwas zähen, purulenten Schleim aus. Die Trachealfistel hat sich geschlossen.

14. März. Temperatur Abends plötzlich bis 39°, aber ein paar Tage nachher wieder 37,7°.

24. März. Patientin hat in den letzten 24 Stunden Husten und bringt etwas mehr zähen Schleim auf. Die Canüle wird ab und zu verstopft, zu Zeiten etwas Stenose, welche sich bessert, wenn die Patientin etwas Schleim aufhustet. Keine Beschwerden beim Schlucken. Sowohl bei digitaler Exploration, als bei Laryngoscopie findet man den Kopf der Canüle frei, gut liegend, nicht von ödematöser Schleimhaut bedeckt. Ich ordinirte Dampfinhalationen, Griffith's Mixtur 1 Esslöffel voll 4 Mal täglich.

25. März. Der Husten und die Schleimabsonderung haben abgenommen und die Respiration ist heute vollständig frei.

29. März. Gestern Abend hatte sie wieder einen Anfall von Athemnoth, zur selben Zeit war sie sehr blass und klagte über Uebelsein und Kopfschmerzen. Der Anfall verlor sich, so dass die Entfernung der Canüle aufgeschoben wurde; aber im Laufe der nächsten paar Stunden collabirte sie mehr und unter zunehmender Athemnoth trat der Tod ein, bevor der Arzt kam, um die Narbe im Larynx zu öffnen. Trotz künstlicher Respiration und Aethereinspritzungen konnte man die Pat. nicht wieder beleben. Die ausgenommene Canüle war gänzlich verstopft.

Sectionsdiagnose. Laryngitis chronica c. Stenosi laryngis — Cicatrix trachealis — Vulnus trachealis post tracheotomiam. Emphysema et hyperaemia et hypostasis pulmonum. Degeneratio parenchymatosa et stasis hepatis. Stasis renum et lienis.

Epicrise. Es ist sehr zu beklagen, dass dieser Fall einen so plötzlichen und traurigen Ausgang hatte, besonders da er sicher vermieden worden wäre, wenn ich die Patientin rechtzeitig extubirt und die alte, verstopfte Canüle mit einer neuen, reinen umgetauscht hätte.

Die Todesursache war ohne Zweifel Suffocation. Bei der Section wurde nichts Anderes vorgefunden, das den Tod hätte erklären können, und beim Entfernen der Tube nach dem Tode fand man dieselbe mit zähem, purulenten Expectorat verstopft. Die Ursache einer solchen Verstopfung, wovon in der Literatur sehr wenig gesprochen wird, lag hauptsächlich darin, dass die Patientin an einer stark purulenten Tracheobronchitis mit Aussonderung von ausserordentlich zähem Expectorat, welches an die Wände der Canüle leicht adhärirte, litt. Theils war die Ursache darin zu suchen, dass die Wände der Canüle nicht so glatt waren, wie sie hätten sein sollen. Es ist nämlich einleuchtend, dass das passirende Secret, wenn kleine Unebenheiten vorhanden sind, leichter an den Wänden der Tube adhäriren, kleine Crusten bilden und die Verstopfung der Tube noch mehr begünstigen kann. Die Patientin hatte ungefähr eine Woche vor dem Tode einen Erstickungsanfall gehabt; dieser schwand nach dem Gebrauche von Dampfeinathmungen und Griffith's Mixtur, und nachher nahmen auch die bronchitischen Expectorate

Digitized by Google

ab. Als ich sie zum letzten Male, 2 Tage vor ihrem Tode, sah, lag sie im Bette und las und war sehr zufrieden. Ich versprach damals, sie nach ein paar Tagen zu extubiren und bedaure jetzt, dass ich es nicht gleich that. Ihr Zustand gab damals absolut keinen Anlass, eine augenblickliche Gefahr zu befürchten und ich dachte gar nicht an die Möglichkeit einer so bald eintretenden Verstopfung.

Die Erstickung war augenscheinlich vorbereitet durch eine mehrstündige mangelhafte Zufuhr von Luft und die dadurch verursachte chronische Kohlensäurevergiftung. Ihre Widerstandskraft, durch vieljährige Armuth und Mangel geschwächt, wurde dadurch noch verringert, so dass ein loser Klumpen Schleim im Stande war, die augenblickliche fatale Verstopfung zu verursachen, die den Tod herbeiführte, ehe man Hilfe herbeirufen konnte.

Man lernt aus diesem Fall:

1) dass intubirte Patienten in Folge einer Schleimverstopfung der Tube unmerklich in einen Zustand von chronischer Kohlensäurevergiftung versetzt werden können, die recht schwer zu erkennen und deren Consequenzen sehr gefährlich werden können, indem sie die Möglichkeit bilden für einen plötzlichen Tod durch Verstopfung der Tube mit weichen Schleimmassen, welche die Patienten, in Folge ihres geschwächten Zustandes, nicht aushusten können;

2) dass man, sobald sich wirkliche Erstickungsanfälle bei intubirten Patienten zeigen, nicht zu lange mit dem Extubiren warten, sondern die Tube reinigen und sie eventuell wieder einführen soll. Man darf sich nicht durch den Umstand beruhigen lassen, dass die Stenose vorübergehend und von Wohlbefinden gefolgt sein wird;

3) dass diese Gefahr speciell vorhanden ist, wo man mit purulenter Bronchitis mit reichlichem, zähen Schleim zu thun hat, und endlich

4) dass man nicht vorsichtig genug sein kann mit der Anwendung von Canülen, deren Canalwände ganz spiegelblank und ohne Unebenheiten sein müssen, damit das Anhängen der Schleimmassen nicht begünstigt werde.

In dem Falle von Larynxstenose syphilitischer Natur, den ich in meiner Arbeit in Ugeskr. f. Läg. 4. R. XXII, No. 31—35, Fall II beschrieben habe, zeigten sich auch vorübergehende Erstickungsanfälle, welche nach dem Aufhusten von grösseren purulenten Klumpen schwanden. Sowohl in diesem Falle, wie in dem eben beschriebenen, benützte ich Canülen, die hier fabrizirt wurden von Leuten, die gar keine Uebung in dieser Arbeit hatten und welche nicht wussten, wie grosse Bedeutung eine mangelhaft gearbeitete Canüle mit nicht ganz glatten Canalwänden für den Ausfall der Behandlung haben kann.

Fall 8. Axel Conrad P., 4 Jahre alt, am 28. Februar 1891 in's Amtsspital zu Kopenhagen aufgenommen. Mit dem Patienten folgte kein näherer Bescheid. Er ist normal entwickelt und gut genährt. Die Zunge feucht, rein. Fauces röthlich und die Tonsillen sowohl, wie der weiche Gaumen geschwollen. Auf den Tonsillen findet man einige kleine, dünne, weissliche Belege. Die Nase ist permeabel, die Respiration keuchend, stridulös, mit starken Einziehungen des Jugulum und der Cardia. Typischer Crouphusten, etwas Heiserkeit, leichte Cyanose des Gesichts. Die

Digitized by Google

Drüsen am Halse sind nicht geschwollen, kein Oedem, kein Exanthem. — Tracheotomie, nach welcher einige Membranen ausgehustet wurden.

Am 10. März versuchte man die Canüle zu entfernen, musste sie aber gleich wieder einführen.

23. März. Der Versuch wird unter Chloroformnarkose wiederholt, misslingt aber.

29. März. Pat. wird mit Leichtigkeit intubirt. Sowohl bei Sondirung des Larynx durch die Tracheotomiefistel, als auch bei der Intubation zeigte sich eine kleine Blutung durch die Trachealfistel.

30. März. Unruhig geschlafen, nur wenig Stunden auf einmal. Die Respiration ist frei. Beim Morgenbesuche sitzt er im Bett und spielt. Temp. Morgens 37,9°, Abends 37,5°.

31. März. Wenig Schlaf, wenig Husten. Die Respiration ist frei. Die Tracheotomiewunde schliesst sich gut. Beinahe kein Ausfluss durch die Fistel. Temp. Morgens 37,9°, Abends 37,2°.

Temperatur: 1. April, Morgens 37,8°, Abends 37,5°.
„ 2. „ „ 37,9°, „ 37,5°.
„ 3. „ „ 37,7°, „ 37,4°.

3. April. Hat ziemlichen Durst. Das Schlucken geht ziemlich leicht, nur von flüssigen Sachen und Brod schwer. Wenig Husten, etwas Rasseln bei der Respiration.

Temperatur: 4. April, Morgens 37,7°, Abends 37,3°.
„ 5. „ „ 37,6°, „ 37,4°.

6. April. Pat. isst und trinkt jetzt Alles ohne Beschwerden. Nur wenig Husten. Wohlbefinden. Temp. Morgens 37,6°, Abends 37,4°.

Temperatur: 7. April, Morgens 37,7°, Abends 37,5°

8. April. Gestern Nachmittag fing die Respiration an, etwas beschwerlich zu werden. Sie wurde keuchend, mit schwachen Einziehungen der Cardia. Dies nahm zu, so dass Pat. während der Nacht mehrere kleine Erstickungsanfälle mit Einziehungen im Jugulum und Cardia und Cyanose hatte. Er sieht heute Morgen etwas angestrengt aus, isst etwas. Die Respiration ist keuchend mit Einziehungen der Cardia. Der Appetit ist während der letzten 24 Stunden schlecht gewesen. Respiration: 28. Versuchsweise wird extubirt, wonach die Respiration recht gut, aber doch ungenügend war, weshalb wieder intubirt wurde.

9. April. Die Respiration während der Nacht wieder beschwerlich, mit einigen kleinen Erstickungsanfällen. Temp. Morg. und Abends 38,2°.

10. April. Befand sich während der letzten 24 Stunden wohl. Die Respiration war gut. Temp. Morgens 37,7°, Abends 37,4°.

12. April. Pat. wird extubirt. Temp. Morgens 37,6, Abends 37,2°.

Am 17. April wird Pat. mit kräftiger Stimme und normaler Respiration entlassen.

Epicrise. In dem vorliegendem Falle treten die Vortheile der Intubation in Fällen von beschwerlichem Decanülement von tracheotomirten Individuen deutlich hervor. Ein 4jähr. Kind kann seine Canüle nicht los werden, wird einen Monat nach Ausführung der Tracheotomie intubirt und kann, nachdem es die Intubationscanüle ungefähr 14 Tage getragen hat, geheilt entlassen werden.

Digitized by Google

Prof. Hirschsprung hat auf dem Kinderhospitale zu Kopenhagen einen analogen Fall gehabt[1]), und an verschiedenen Stellen in der Literatur findet man ähnliche Beobachtungen, welche die Bedeutung der Intubation in solchen Fällen deutlich beweisen.

Dass man indessen mit der Anwendung der Intubation sehr vorsichtig sein und die Patienten während der ersten Zeit sehr genau überwachen muss, geht aus folgender Beobachtung hervor.

(Schluss folgt.)

Kurze Mittheilung über den Gebrauch meines Salmiakdampfapparates.

Vor nicht ganz 5 Jahren habe ich in diesen Blättern einen von mir construirten Salmiak-Dampfapparat beschrieben, der sich, wie ich seitdem erfahren habe, einiger Verbreitung und Anerkennung erfreut. Deshalb möchte ich Folgendes nachtragen: In der damaligen Publication[2]) habe ich empfohlen, sowohl den Ammoniak, als auch die Salzsäure mit Wasser zu verdünnen.

Seitdem bin ich davon abgekommen und verwende die genannten Flüssigkeiten unverdünnt, wodurch ich im Stande bin, weit grössere Dampfmengen in den Ballon zu bekommen. Ferner gebe ich jetzt in beide Schenkel langfaserigen Asbest, der nicht so aufquillt wie Schwamm, und daher stets genügend Luft neben sich durchstreichen lässt.

Dr. Gomperz, Wien.

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

1) **Beiträge zur functionellen Prüfung des normalen Ohres.** Von F. Siebenmann (Basel). (Zeitschrift für Ohrenheilk. XXII., 3. u. 4. Heft.)
2) **Hörprüfungsresultate bei reinem Tubencatarrh.** Von F. Siebenmann. (Ibidem.)

Bezold hat bekanntlich in seinen „statistischen Ergebnissen über die diagnostische Verwendbarkeit des Rinne'schen Versuches" und in den beiden Nachträgen hierzu (cfr. Zeitschr. f. Ohrenheilk. XVII, XVIII, XIX, sowie diese Monatsschr. 1887, pag. 198, 1889 pag. 62) auf Grund sorgfältig zusammengestellter Prüfungsresultate gewisse Sätze für die differentielle Diagnose bei doppelseitigen Ohrerkrankungen aufgestellt; die Begründung dieser Sätze hängt zum grossen Theile mit der Deutung

[1]) Mitgetheilt von Andersen, Hosp. Tidende, 19. Februar 1890.
[2]) Monatsschrift f. Ohrenheilkunde No. 11, 1887.

Berichtigung. In der diesjährigen Januar-Nummer dieser Monatsschrift soll es auf Seite 20, Zeile 7 von unten, heissen „Dr. Schalita" statt „Dr. Semon".

Digitized by Google

zusammen, welche Bezold den Veränderungen der Perception durch die osteo-tympanale Leitung giebt, dass nämlich die Verstärkung dieser Leitung resultire aus einer erhöhten Spannung des Schallleitungsapparates, speciell des Ligam. annullare stapedis. Diese physikalische Erklärung, welche an Steinbrügge einen offenen Gegner gefunden, hat Bezold unter Anderem auch durch die Ergebnisse der Stimmgabelprüfung beim physiologischen Valsava und Aspirationsversuche zu erhärten versucht. S. hat nun in der ersten der obigen Arbeiten diese Prüfungsresultate beim + und — Valsalva bei einer grösseren Zahl von Normalhörenden nachgeprüft und ist dabei im Allgemeinen zu denselben Befunden wie Bezold gekommen, nur mit der Ergänzung, dass er ausser der unteren Tongrenze auch die obere bei seinen Prüfungen berücksichtigt hat; hierbei fand er, dass dieselbe beim Valsalva hinaufrückt und zuweilen im obersten Theil der Scala auch noch verstärkt gehört wird, beim Aspirationsversuch hingegen in der Hälfte der Fälle herabsinkt, in der Hälfte unverändert bleibt. Diagnostisch verwendbar erwies sich dieses Resultat nicht, da dasselbe bei Sclerose und nervöser Schwerhörigkeit ebensowohl vorkommen, als auch fehlen kann. — S. nimmt mit Bezold zur Erklärung der verstärkten Knochenleitung beim Valsalva eine erhöhte Spannung im Schallleitungsapparate, speciell im Lig. annullare an und citirt zum Beweise der Richtigkeit dieser Anschauung eine Beobachtung aus seiner Praxis, bei welcher in dem Momente des Sondendrucks auf das blossliegende Ambos-Steigbügelgelenk der im Erlöschen begriffene Ton einer auf den Scheitel gesetzten tönenden Stimmgabel auf's Neue hell und stark gehört wurde: durch die Erleichterung der Kopfknochenleitung in Folge erhöhter Spannung des Ringbandes, lautet die physicalische Erklärung, während man mit derselben Berechtigung von einer dynamischen Reizwirkung des Sondendrucks auf den Labyrinthinhalt und die Acusticusendigungen, einer momentanen Hyperästhesie des Hörnerven sprechen kann. — Für die Veränderungen der oberen Tongrenze beim Valsalva und Aspirationsversuche konnte S. keine Erklärung finden; die auf einer Beobachtung Burckhardt-Merian's fussende Vermuthung, dass Alterationen der Spannung der runden Fenstermembran hierfür von Belang sein könnten, wurde dadurch hinfällig, dass S. in einem Falle das runde Fenster fest tamponiren konnte, ohne irgend welche Veränderung der normalen oberen Tongrenze; dasselbe galt vom ovalen Fenster. Nebenbei führt S. einen Fall seiner Beobachtung an zum Beweise, dass durch Veränderung am ovalen Fenster die Perception der untersten und höchsten Töne in hohem Maasse beeinträchtigt werden kann; da er aber hierbei die Erklärung für das Erlöschen der obersten Töne in einer durch das Trauma (dem P. war ein Reis durch das Trommelfell in's Mittelohr gedrungen) herbeigeführten Läsion der untersten Schneckenwindung sucht, so spielt das ovale Fenster selbst dabei keine directe Rolle.

In der zweiten oben angeführten Arbeit sucht S. für den reinen Tubencatarrh, d. h. den Fällen „mit characteristischen Einsenkungen am Trommelfell ohne weitere Complication mit sofortiger hochgradiger Hörverbesserung auf mindestens 2 Meter für Flüsterzahlen nach der Luftdouche", ähnliche characteristische Merkmale bei der Stimmgabelprüfung und Bestimmung der Tongrenzen zu finden, wie dies nach den Ergebnissen der Bezold'schen Untersuchungen für die Diagnose der nervösen Schwer-

Digitized by Google

hörigkeit, der Residuen abgelaufener Mittelohreiterungen und Mittelohrsclerose der Fall sein soll. Mit Rücksicht auf die Unzweideutigkeit der Prüfungsresultate bei der Knochenleitung wurden nur doppelseitige Tubencatarrhe (im Ganzen 7 Fälle) geprüft. Die Ergebnisse waren folgende: Vor der Luftdouche: Abschwächung der Luftleitung, Verstärkung der Knochenleitung, in Zusammenhang hiermit Weber'scher Versuch auf der Seite der geringeren Hörschärfe, negativer oder verkürzter Rinne; die untere Tongrenze meist hinaufgerückt, die obere meist herabgesetzt. Hinsichtlich der hierbei constatirten Verstärkung der Knochenleitung kommt S. auf die von Bezold besonders hervorgehobene Differenz zu sprechen, welche zwischen dem Verhalten der osteo-tympanalen Leitung bei dem physiologischen Aspirationsversuche und bei der auf pathologischer Basis beruhenden Luftverdünnung im Mittelohre besteht; bei beiden müsste nach der physicalischen Voraussetzung die Knochenleitung verstärkt sein, sie ist aber beim Aspirationsversuch im Gegentheil geschwächt. Diesen Widerspruch vermag Bezold nicht zu erklären und weist nur auf die acute Labyrinthdruckschwankung beim Aspirationsversuch als eine Möglichkeit der Erklärung hin. S. scheint, indem er die Bezold'sche Hypothese mit den Worten einführt: „Diese Divergenz ist in Folgendem begründet", jenen Erklärungsversuch schon als völlig erwiesen hinstellen zu wollen.

Nach der Application der Luftdouche waren die Prüfungsresultate folgende: beträchtliche Zunahme der Luftleitung, die Knochenleitung bleibt im Allgemeinen verstärkt, Rinne wurde mit 2 Ausnahmen positiv; obere Tongrenze bleibt herabgesetzt (zweimal sogar noch mehr), dagegen wird die untere Tongrenze mehr oder weniger zur Norm zurückgeführt. Nach der physicalischen Theorie muss die bleibende Verstärkung der Knochenleitung trotz Entspannung des Schallleitungsapparates auffallen. S. nimmt zur Erklärung an, dass durch den Tubencatarrh eine Hyperämie (ex vacuo) der Paukenschleimhaut und des Lig. annullare bedingt sei, in Folge dessen Starrheit des Ringbandes mit Fixation des Steigbügels erfolge; diese supponirte, der Uebermittlung der Schallwellen günstige Starrheit kann natürlicherweise durch die Luftdouche nicht sofort behoben werden, sondern sich erst allmählig ausgleichen, daher für's Erste die Verstärkung der Knochenleitung verbleibt. Durch dieselbe Annahme liesse sich auch erklären, warum die obere Tongrenze herabgesetzt bleibt: Die Stauungshyperämie zieht auch die untere Schneckenwindung noch in Mitleidenschaft. Hiermit ist aber die vorzügliche Luftleitung nach der Luftdouche nicht in Einklang zu bringen. Dass überhaupt dieselbe trotz hochgradiger Verstärkung der Knochenleitung, negativem Rinne und Einengung der Tongrenzen so wesentlich gebessert wird, wie es bei anderen Mittelohraffectionen niemals beobachtet wird, hebt S. mit Recht als auffällig hervor und sucht hierfür eine Erklärung in der Annahme, „dass wir es beim Tubencatarrh nach der ersten Luftdouche mit einer Erkrankungsform zu thun haben, welche das beste bis jetzt bekannte Paradigma einer reinen, von Complicationen mit nervöser Schwerhörigkeit freien Mittelohraffection vorstellt", während bei den Sclerosen und Residuen nach abgelaufenen Mittelohreiterungen das Labyrinth mehr oder weniger mitafficirt sei. Mit dieser „reinen, von Complicationen mit nervöser Schwerhörigkeit freien Mittelohraffection" contrastirt aber die kurz

Digitized by Google

vorher aufgestellte Annahme des Autors von einer secundären Stauungshyperämie in der dem ovalen Fenster zunächst gelegenen Partie der vestibularen Schneckenscala, und ist die hypothetisch dadurch bedingte Herabsetzung der oberen Tongrenze doch als nervöse Schwerhörigkeit anzusehen. Keller.

Operativ geheilter Hirnabscess nach Otitis med. acuta. Von Dr. C. Truckenbrod. (Zeitschr. f. Ohrenheilk. XXII, 3. u. 4. Heft.)

Der Fall betrifft einen 54jährigen Patienten, bei welchem sich nach Influenza linksseitiger seröser Mittelohrcatarrh einstellte, der die Paracentese erforderlich machte. Im Verlaufe der nächsten Wochen bildeten sich Hirnerscheinungen aus, starker Scheitelschmerz, besonders aphatische Störungen, welche die Annahme eines Schläfenlappenabscesses in hohem Maasse wahrscheinlich machten. Operation Ende der 6. Woche (Schede). Eröffnung des Warzenfortsatzes (kein Empyem vorhanden), Wegnahme der Decke desselben in 5 Markstückgrösse, Dura gespannt, frei von Eiter, Spaltung derselben, Punction des Schläfelappens zeigt Eiter; breitere Eröffnung des Abscesses, Drainage. Glatter Wundverlauf mit völliger Heilung in 6 Wochen. Tr. bemerkt, dass die Erfahrung zeigen muss, ob die hier ausgeführte Methode, den Abscess vom Dache des Warzenfortsatzes aus aufzusuchen, sich generell für die Operation der Schläfelappenabscesse eignen wird; für die Entleerung und den bequemen Abfluss des Eiters, sowie für den späteren Schutz des Schädels gegen äussere Einwirkungen hat dieselbe gegenüber der Trepanation des Schläfe- und Scheitelbeins (nach v. Bergmann) entschiedene Vorzüge. — Im Anschlusse hieran reiht Tr. noch 2 Fälle von Operation eines Hirnabscesses ex otitide mit tödtlichem Ausgange an, die ebenfalls in mehrfacher Beziehung von Interesse sind. Im ersten derselben musste bereits 8 Tage nach Entstehung eines linksseitigen perforativen Mittelohrcatarrhs die Eröffnung des Proc. mast. wegen Empyems vorgenommen und zu Beginn der 3. Woche, als sich die Anzeichen eines Hirnabscesses stetig mehrten, zur Operation desselben geschritten werden; auch hier standen aphatische Störungen im Vordergrunde der Symptome. Gleich nach der Operation Besserung des Zustandes, dann aber Lähmung des rechtsseitigen Facialis, der rechten oberen und unteren Extremität; Prolaps des Gehirns und Necrose des prolabirten Theils; auch das behufs späterer Wiedereinheilung am Hautlappen belassene Knochenstück des Schläfebeins zeigt sich necrotisch. Tod am 14. Tage nach der Operation. Die Section ergab Durchbruch des Abscesses in die Ventrikel, Umgebung des völlig entleerten Abscesses erweicht, eitrige Meningitis der Basis.

Beim 2. Falle besteht angeblich auch erst seit einigen Wochen linksseitige Mittelohreiterung; seit 14 Tagen Sistiren der Eiterung, Druckempfindlichkeit des Warzenfortsatzes, Benommenheit des Sensoriums, hohes Fieber. Eröffnung des Proc. und Entleerung von Eiter. Zwei Tage nachher normales Befinden, aber schon am 3. Tage völlige Somnolenz und plötzliches Sistiren der Athmung. Tracheotomie, künstliche Respiration. In der Annahme, dass wahrscheinlich durch Compression des Gehirns in Folge Hirnabscesses der Athem sistirt, wird zur Operation geschritten, die Dura 2 Markstückgross etwas oberhalb und hinter dem Gehörgange freigelegt; alsbald spontanes Athmen, allerdings zeitweise

Digitized by Google

wieder unterbrochen. Nach verschiedenen Punctionen Entleerung von 2 Esslöffeln fötiden Eiters. Nach der Operation bleibt jedoch, wenn auch einige Besserung zu constatiren ist, das Sensorium benommen; am 2. Tage Exitus letalis. Die Section ergab einen Abscess im Kleinhirn, Umgebung erweicht; käsige Ostitis des Warzenfortsatzes und Mittelohrs durch das Tegmen tymp. reichend; im linken Sinus transvers. einen festen, im oberen Theile erweichten Thrombus. Keller.

Ueber die Borsäuretherapie der chronischen Ohreiterungen nebst Mittheilungen über ein neues Borpräparat. Von Dr. Max Jänicke. (Archiv für Ohrenheilk., Bd. 32, I.)

Nach Wiederholung der bekannten Bemängelungen der Borsäurewirkung bei Otorrhoeen empfiehlt der Verf. statt der Borsäure das von ihm sogenannte Natrium tetraboricum, das er durch Erhitzen gleicher Theile Borsäure, Borax und Wasser dargestellt hat. Das Mittel stellt harte Crystalle dar, reagirt neutral, löst sich bei Zimmertemperatur zu 16 pCt., bei Siedhitze angeblich in beliebiger Menge in Wasser und soll den Vortheil haben, beim Erkalten einer heiss gesättigten Lösung erst nach einiger Zeit krystallinisch auszufallen, demzufolge man Lösungen von 50 pCt. und darüber in die Paukenhöhle einbringen könne; auch rühmt J. dem Mittel ausserordentliche Milde nach, so dass ausser rasch vorübergehendem Brennen durch die concentrirtesten Lösungen weder Schmerz noch Steigerung der Entzündungserscheinungen auftreten. Wie die Borsäure, wirkt auch das N. t. nicht tödtend, sondern nur entwicklungshemmend auf Spaltpilze; die Ueberlegenheit der Borsäure gegenüber sieht J. in der leichten Löslichkeit und in der Möglichkeit, hierdurch grössere Mengen des nicht irritirenden Antisepticums in die Paukenhöhle bringen zu können. J. hat das Mittel mit bestem Erfolge bei chronischen und subchronischen Eiterungen, sowie bei Otitis ext. purulenta derart angewendet, dass er Anfangs über 50procentige Lösungen, später, beim Versiegen, schwächere Lösungen eingoss und öfters das N. t. in Pulverform nachblies. Gomperz.

---

b) Rhinologische:

Die malignen Epithelial-Geschwülste der Nasenhöhle. (Les tumeurs malignes epithéliales des fosses nasales.) Von Dr. Rob. Dreyfuss in Strassburg. (Arch. internat. de Laryngol. etc. V., No. 2, März—April 1892.)

D. nimmt Veranlassung, nach Mittheilung eines von ihm genau beobachteten und operirten, jedoch tödtlich verlaufenen Falles von Nasen-Carcinom eine tabellarische Uebersicht der bis jetzt veröffentlichten (13) Fälle von malignen Tumoren des Naseninnern zu geben und verbreitet sich darnach ausführlich über Aetiologie, pathologische Anatomie, Symptomatologie, Prognose und Behandlung der Krankheit.

Beschorner.

Digitized by Google

Seltener Fall von Nasenpolyp. (Un cas rare de polype nasal.) Von Dr. Marmadure Sheild. (The Lancet und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1891.)

Verf. glaubte bei einer alten Frau einen gewöhnlichen myxomatösen Nasenpolypen zu operiren. Es war aber ein maligner Tumor, der aus dem Antrum hervorkam. Wenn bei alten Leute ein Nasentumor stark blutet, schnell recidivirt etc., muss man an seine Malignität denken.

Dr. P. K.

Zwei Beobachtungen über Drüsen-Retentionscysten der vorderen Nasengänge. (Kystes par rétention glandulaire de la partie antérieure des fosses nasales. Deux observations.) Von Henr. Chatellier. (Arch. intern. de Laryngol. etc. V., No. 2, März—April 1892.)

In beiden Fällen handelte es sich um muco-purulenten Inhalt der Cysten. Die eine wurde vermittelst Galvanocaustik, die andere durch Injection von van Swieten'scher Flüssigkeit zur Verheilung gebracht.

Beschorner.

Modification des Gottstein'schen Ringes. (Modification de la curette de Gottstein.) Von Dr. Hieguet. (Société belge de laryngologie, Mai 1891 und Revue de laryngologie No. 21, 1891.)

Nach der Operation mittelst des Gottstein'schen Ringes sah Verf. immer auf beiden Seiten des Septum narium einen Rest des Tumors übrig bleiben; es war dann eine zweite Operation mittelst der kalten Schlinge nöthig; diese Unvollständigkeit der Operation erklärt sich sehr leicht dadurch, dass der Gottstein'sche Ring sich an das Septum nothwendiger Weise während der Operation anlegen muss und dass also die in die eigentlichen Nasenhöhlen hineinreichenden Theile unmöglich mitergriffen werden können. Um diesem Uebelstande vorzubeugen, hat Verf. den horizontalen oberen Theil des Ringes herzförmig biegen lassen; die in der Mitte gelegene Vertiefung ist bestimmt, das Septum in sich aufzunehmen.

Dr. P. K.

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Werth der Zunge in Bezug auf das Athmen. (Valeur de la langue au point de vue de la respiration.) Von Dr. Elborough Scatliff. (The Lancet und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 10, 1891.)

Verf. räth, bei kaltem Wetter zugleich durch Mund und Nase zu athmen. Man soll dabei die Zunge heben, damit die durch den Mund eingeathmete Luft Feuchtigkeit und Wärme erhält. Man vermeidet auf diese Weise die Nachtheile der grossen Quantität kalter Luft, welche bei exclusivem Nasenathmen entstehen.

Dr. P. K.

Werth der Zunge beim Athmen. (Valeur de la langue dans la respiration.) Von Dr. Smith. (The Lancet und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1891.)

Verf. bestreitet die Ansicht von Elborough Scatliff und erwähnt die verschiedenen physiologischen Experimente, seine pathologisch-anato-

Digitized by Google

mischen Versuche, sowie das Nasenathmen der Thiere, um zu beweisen, dass die Nase der wirkliche Weg ist, durch welchen die Respirationsluft eindringen soll. Dr. P. K.

Primäres Zungenerysipel. (Erysipèle primitif de la langue.) Von Dr. Garel. (Annales d'otologie und Revue de laryngologie No. 21, 1891.)

Ein 37jähr Mann hat Gesichtsrose, welche am linken Zungenrande begonnen hat; die Schwellung war so stark, dass Patient den Mund nicht schliessen konnte. Das Allgemeinbefinden war dementsprechend gestört. Verlauf des gewöhnlichen Erysipels über Nase, Wangen und Augenlider. Dr. P. K.

Idiopathische Zungenentzündung. (Un cas d'inflammation idiopathique de la langue.) Von Dr. Mac Culloch. (Brit. med. Journal und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 8, 1891.)

Ein 17jähriges Mädchen hatte 2 Anfälle im Zeitraum von 9 Jahren. Jeder Anfall dauerte Wochen lang und trotzte allen Medicamenten. Frühzeitige Einschnitte helfen in solchen Fällen am meisten.
Dr. P. K.

Pilocarpin gegen Trockenheit der Zunge. (Emploi de la pilocarpine pour la sécheresse de la langue.) Von Dr. J. G. Blackmann. (Brit. med. Journal und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 8, 1891.)

Eis und Mundwasser helfen nur vorübergehend. Verf. nässt die Zunge an und legt Pilocarpin in Form von gelatinösen Lamellen auf die Zunge auf. Dr. P. K.

Präepiglottische fibröse Tumoren. (Tumeurs fibreuses préepiglottiques) Von Dr. O. Laurent. (Société des otologistes et laryngologistes belges und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 9, 1891.)

Husten und Aphonie schwanden nach der Operation. Verf. betont die relative Häufigkeit der Tumoren der Zungenbasis. Dr. P. K.

Fremdkörper des Gaumensegels. (Corps étranger du voile du palais.) Von Dr. Thomas Stevenson. (Brit. med. Journal und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 8, 1891.)

Ein 58jähriger Mann schien eine acute Angina zu haben; nach zwei Tagen entstand bedeutendes Oedem des Gaumensegels und es traten Eitertröpfchen aus einer ganz kleinen Oeffnung. Nach gemachtem Einschnitt trat aus der Oeffnung ein Stück eines Pfeifenstummels hervor. Patient erinnerte sich nicht an das Eindringen des Fremdkörpers.
Dr. P. K.

Rolle des Gaumensegels bei Anstrengungen. (Du voile du palais dans l'effort.) Von Dr. Couetoux. (Annales des maladies de l'oreille et du laryux No. 10, 1891.)

Die Bewegungen des Gaumensegels spielen nicht nur eine wichtige Rolle bei den Geruchsempfindungen, indem seine Bewegungen den inspiratorischen Luftstrom auf die betreffenden sensiblen Theile der Nasalschleimhaut lenken, sondern diese Bewegungen spielen eine grosse Rolle

Digitized by Google

auch bei den Anstrengungen. Die spirometrische Entwicklung des Thorax nach aufgehobenem Nasalhinderniss (Dr. Joal), die Nasalleiden als Aetiologie gewisser Unterleibsbrüche (Dr. Freudenthal) finden ihre theilweise Erklärung in den Bewegungen des Velum bei Ueberanstrengungen. Anstrengung und Ueberanstrengung nennt man jede Muskelarbeit, welche ein (mehr oder weniger vollständiges) Feststehen der Thoraxwandungen erheischt (Dr. Le Dentu). Dieses mehr oder weniger vollständige Feststehen des Thorax wird gewöhnlich bewirkt durch Aufblasen der Lungen und durch Bewegungshemmniss der so eingeathmeten Luft am Eingang des Respirationstractus. In wenigen Fällen aber scheint dieses Feststehen blos durch Contraction der Bauchmuskeln, welche an den unteren Rippen fixirt sind, hervorgebracht zu sein. Daher 2 Methoden der Fixirung des Thorax. 1. Methode. Verf. giebt die bekannten, von Le Dentu und Krishaber aufgestellten Theorien über den Glottisverschluss, bemerkt aber dabei, dass der unvollständige Glottisverchluss bei langdauernden körperlichen Anstrengungen das wichtigste Moment ist (er citirt das Beispiel der Leistungsfähigkeit des Ochsen, welcher überhaupt seine Glottis nie vollständig verschliessen kann); dieser unvollständige Verschluss wird besonders bewirkt durch geschicktes Anlegen der Zunge an den weichen Gaumen; in dieser Bewegung werden ja bekanntlich die Rekruten von den Unterofficieren bei den verschiedenen Uebungen eingeschult. Dabei ist die Nase vollständig dem Lufteingang geöffnet, das Inspirium frei bei halbverschlossenem Larynx, das Exspirium verlängert und durch die Anhäufung der Luft im Thoraxraum ist dem ganzen Thorax ein Stützpunkt gegeben. So ist die halbe Anstrengung, d. h. die Anstrengung durch den weichen Gaumen, eine continuirliche Anstrengung, gestattet, anstatt der starken, auf ganzem Larynxverschluss beruhenden, den Unterleib beschädigenden und sogar Unterleibsbrüche producirenden Anstrengung. Vom spirometrischen Standpunkte aus betrachtet, bewirkt diese halbe Anstrengung die continuirliche Thoraxausdehnung und erklärt die von Dr. Joal gemachten Beobachtungen. 2. Methode. Bei Nasenobstruction trocknet die Mundschleimhaut bei exclusivem Mundathmen ein und ermüdet; der theilweise Glottisverschluss kann bei Anstrengungen bis zu einem gewissen Grade vicariiren, ermüdet aber auch und so bleibt bei Anstrengungen nichts übrig, als zur Fixation des Thorax die unteren Rippen mit den Bauchmuskeln zu Hilfe zu nehmen; daher kommt auch in solchen Fällen das Gebücktwerden; daher stimmen auch alle Specialärzte darin überein, dass nach Entfernung z. B. der adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraums die Patienten sich gerader halten. Dass auf diese Weise der Production der Unterleibsbrüche Vorschub geleistet wird, versteht sich von selbst; dass letztere bei Frauen seltener sind, erklärt sich aus der einfachen Thatsache, dass sie weniger Anstrengungen machen. Dr. P. K.

Behandlung der Mandelhypertrophie. (Traitement de l'hypertrophie des amygdales.) Von Dr. Cohn. (Weekly medic. Review und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 8, 1891.)

Verf. empfiehlt, verschiedene Einstiche in die Mandeln zu machen und dann mittelst eines Instrumentes Pyoktanin in die Tiefe dieser Wunden zu bringen. Dr. P. K.

Digitized by Google

Primäres Epithelioma einer Mandel. (Epithélioma primitif de l'amygdale.) Von Dr. J. Walker Downie. (Brit. med. Journal und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 8, 1891.)

Seltene Fälle; entsteht gewöhnlich in der Umgebung der Mandeln und geht dann erst auf selbe über; hier bestand aber primäres Epithelioma auf der Mandel selbst bei einem 45jährigen Manne; das Leiden ging, wie gewöhnlich, rasch auf die Bogen und die Zungenbasis über und machte natürlich jede chirurgische Operation unmöglich.

Dr. P. K.

Zur Pathologie der entzündlichen Processe in den Tonsillen. (Contribution à la pathologie des processus tonsillaires inflammatoires.) Von A. Sokolowski und J. Donockowski in Warschau. (Arch. internat. de Laryngologie etc. IV., No. 6, November—Decbr. 1891 und V. No. 1 und 2, Januar—April 1892.)

S. und D. unterscheiden 4 Formen entzündlicher Processe in den Mandeln, nämlich: 1) Hypertrophia tonsillarum simplex; 2) Tonsillitis lacunaris chronica desquamativa; 3) Tonsillitis lacunaris chronica desquamativa exacerbata; 4) Tonsillitis lacunaris pseudo-membranacea. Nach eingehender Besprechung dieser ätiologisch einander nahestehenden Krankheiten kommen die Autoren zu folgenden Schlussfolgerungen:

1) Die Hypertrophie der Follikel kann eine Verengerung oder eine Verstopfung der Lacunen zur Folge haben und diese wiederum zur Retention des Inhaltes Veranlassung geben.

2) Die Entzündung der Tonsillar-Lacunen, unter welchen das Secret eine quantitative Vermehrung oder qualitative Veränderung eingeht, kann infectiös oder nicht infectiös, chronisch oder acut sein.

3) Die chronischen Desquamativ-Processe stehen zumeist mit Mandelhypertrophie oder mit dem chronischen Catarrh der Lacunen in unmittelbarem Zusammenhange.

4) Die sogen. Angina follicularis oder lacunaris ist nichts Anderes, als eine in den Lacunen selbst localisirte pseudomembranöse Entzündung.

S. und D. schlagen daher vor, die Krankheit als Tonsillitis lacunaris pseudo-membranacea zu bezeichnen; wie aus der angefügten Statistik hervorgeht, betrifft sie 5 pCt. aller ihrer Kranken. Beschorner.

Vorübergehendes Stottern bei einer Amygdalitis. (Bégaiement temporaire accompagnant une amygdalite.) Von Dr. Rainsford. (Brit. med. Journal und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 8, 1891.)

Das Stottern entstand während des Verlaufes einer Amygdalitis acuta, ohne dass der Larynx mitergriffen war; das Uebel verschwand mit der Heilung der Amygdalitis, ohne dass man es speciell behandelt hatte.

Dr. P. K.

Fall von Ludwig'scher Angina. (Un cas d'angine de Ludwig.) Von Dr. Arnhallt Jones. (The Lancet und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1891.)

In einem schweren Falle erhielt Verf. eine schnelle Erleichterung durch tiefe Einschnitte, welche er in allen solchen Fällen empfiehlt.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Ueber eine wenig gekannte Form der Angina phlegmonosa. — Peri-amygdalitis lingualis phlegmonosa; phlegmone submucosa superficialis basis linguae. — (Sur une variété peu connue d'angine phlegmoneuse.) Von Dr. Alb. Ruault. (Arch. internat. de Laryngologie etc. V., No. 1 und 2, Januar—April 1892.)

Mittheilung von 6 Fällen der genannten Krankheit, die zum Theil mit Abscessbildung endeten. Ausführliche Characterisirung des Gesammtbildes der, wie Autor meint, keineswegs seltenen Affection, welche häufig genug von Nichtspecialisten als einfache Angina pharyngea inferior angesprochen werde.

Beschorner.

Aetherisation bei Croup. (Etherisation dans le croup.) Von Dr. Betz. (The Lancet und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 10, 1891.)

Können Tracheotomie und Tubage nicht ausgeführt werden, so soll man 6 Stunden lang, jede halbe Stunde intermittirend, Inhalationen von folgender Mischung machen: Aether sulfurici 3,0, Aether acetici 1,0, Menthol 0,1.

Dr. P. K.

Bulbärkrisen diphtheritischer Lähmung bei Kindern. (Des crises bulbäres de paralysie diphthéritique se présentant chez les enfants.) Von Dr. Guthrie. (The Lancet und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1891.)

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf schwere paralytische Symptome, die in Folge von Diphtheritis auftreten und welche er mit dem Namen „Bulbäre Paralyse" bezeichnet; sie treten gewöhnlich in der zweiten Woche auf: Traurigkeit und Apathie, näselnde Sprache, unregelmässiges, seufzerartiges Athmen, weniges, lautloses Hüsteln, Schleim in den Luftwegen, schneller Puls; der Anfall besteht in plötzlicher Lähmung der Schluckmuskeln, Aphonie und gefährlicher Dyspnoe; das Diaphragma ist oft gelähmt, die Luftwege mit Schleim überfüllt; Puls und Temperatur steigen plötzlich; reichliches Erbrechen, welches oft erleichtert; die Anfälle wiederholen sich leicht und der Tod kann durch Erschöpfung eintreten, oder durch Ohnmacht, durch Herzthrombose, ja selbst Erstickung. Verf. glaubt, diese Symptome auf eine Tonhémie, welche auf die Bulbärcentren wirkt, zurückführen zu müssen; die histologische Untersuchung hat aber ein negatives Resultat ergeben. Die Behandlung besteht in ruhiger Rückenlage, kräftiger Diät, Tonicis und Stimulantien. Während der Anfälle muss man voraus verdaute Nahrung einbringen durch Sonde oder Clystiere. Injectionen von Strychnin und Atropin; Belladonna hilft nicht. Die Patienten dürfen in 6 Wochen nach den letzten paralytischen Erscheinungen nicht aufstehen.

Dr. P. K.

Strychnineinspritzungen bei diphtheritischer Lähmung. (Injections de strychnine dans la paralysie diphthéritique.) Von Dr. Rozeuz. (The Lancet und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1891.)

Verf. hat die besten Resultate damit erzielt. Er spritzt täglich 2 bis 3 Milligramm in die Halsgegend ein.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Ein subparotideales und retropharyngeales Sarcom. (Un cas de sarcome sous-parotidien et rétropharyngien.) Von Dr. James Wilson. (The Lancet und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1891.)

Bei einem 36 Jahre alten Patienten wurde nach ausgeführter prophylactischer Tracheotomie am vorderen Rande des Sternocleidomastoideus ein Einschnitt gemacht und ein sarcomatöser Tumor entfernt; Heilung.

Dr. P. K.

Papillom der aryepiglottischen Falte. (Papillome du repli aryepiglottique.) Von Dr. Semon und Dr. Schattock. (The Lancet und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1891.)

Semon exstirpirte ein Neoplasma, welches von Massei als Angiom der Fossa pyriformis diagnosticirt war. Nach der Operation sah man aber, dass es sich um ein Papillom handelte, welches mit einer Schaale von extravasirtem Blut umgeben war. Interessant in diesem Fall sind also der abnorme Sitz, die Production eines Blutextravasates und die Bildung einer Capsel, welche die wahre Natur des Tumors verdeckte.

Dr. P. K.

Circumscripte Keratose im Larynx. Von Dr. Juffinger. (Wien. klin. Wochenschrift, No. 47, 1891.)

Bei einem 16jährigen Mädchen fand sich an der vorderen Kehlkopfscommissur ein blassrother Tumor, von dessen glatter glänzender Oberfläche einzelne zarte, spitze Erhebungen hervorragten. Die microscopische Untersuchung ergab, dass diese Fortsätze in ihrer Rindenschicht aus dicht aneinanderliegenden verhornten Epithelzellen bestanden. Ein ähnlicher Befund ergab sich bei Gewebsstücken aus dem Tumor selbst.

W. Lublinski.

Seltenere Formen von Perichondritis des Kehlkopfes. Von Dr. Egm. Baumgarten in Budapest. (Wiener Med. Wochenschrift No. 7, 1892.)

Ein Fall von traumatischer Perichondritis und Chondritis des Aryknorpels, Perichondritis des Ringknorpels und theilweise Necrobiose des Musc. thyreo-arytaen. int. in Folge eines Fremdkörpers (Knöchelchens), welcher das linke Stimmband in der Gegend des linken Proc. vocal. verletzt hatte, dann aber ausgehustet wurde. Ferner: zwei Fälle von idiopathischer Perichondritis. In dem einen war dieselbe, sowie auch Chondritis nach einer Erkältung aufgetreten, wobei es zu partieller Necrose des Ringknorpels und der Aryknorpel kam; in dem anderen war gleichfalls nach Erkältung bezw. durch nachträgliche Infection mit nicht septischen Mikroorganismen Perichondritis der Schildknorpel aufgetreten, welche zu Chondritis derselben und zu partieller Perichondritis des Ringknorpels führte. Die ersteren wurden grösstentheils ausgestossen und bildeten sich frisch, der vordere Ansatz der Stimmbandmuskeln ging verloren, wodurch ihre Function theilweise aufgehoben wurde und durch die Taschenbänder ersetzt werden musste. Beschorner.

Digitized by Google

Lymphadenom; chirurgische Behandlung. (Lymphadénome; traitement chirurgical.) Von Dr. Le Dentu. (Société de chir., 13. Novbr. und Semaine médicale No. 49.)

Fehlen aller Antecedentien, Ausschliessen jedweder Tuberculose, der Verlauf der Krankheit, ihre Kennzeichen, besonders das febrile, nur mit Nachschüben sich kennzeichnende Wachsen sichern die Diagnose; man soll behufs der Diagnose kein Stück des Tumors exstirpiren, denn alle blutigen Eingriffe sind zu verwerfen. Arsenik innerlich und als Injection bleibt das beste Mittel, wenn auch Intoxicationserscheinungen eintreten.

Dr. P. K.

Ueber Behandlung der Larynx-Geschwüre mit Resorcin. Von v. Tymowski. (Wien. med. Presse No. 52, 1891.)

Nicht nur catarrhalische Erosionen, sondern auch oberflächliche Ulcerationen heilen durch absolute Ruhe, passende, womöglich flüssige Diät bei sonst guten climatischen Bedingungen. Bei Infiltration und nachträglicher Ulceration giebt bei acutem Verlauf eine Ableitung nach aussen, Cocainbepinselung, Inhalation mit natriumhaltigem Wasser, passende Diät, absolutes Schweigen ein günstiges Resultat. Sobald das entzündliche Stadium vorüber ist, führt am schnellsten zur relativen Heilung Bepinselung der kranken Theile mit 50—80 proctg. Milchsäure oder 80 procentiger Resorcinlösung. Jodoform leistet gute Dienste bei 2 Mal täglicher Behandlung und granulirenden Geschwüren; dagegen wird bei fortschreitender Infiltration das Oedem der Umgebung noch stärker. Am angenehmsten, vollständig schmerzlos ist 50—80 proctg. Resorcinlösung, wobei die infiltrirten Partien sich auf einige Zeit mit weissem Belag überziehen und sowohl die Eiterung als auch das Oedem bei täglicher Bepinselung sich bald vermindern. Bei starken hypertrophischen kraterförmigen Ulcerationen, die entschieden tuberculös sind, ist Resorcin ebenso wirksam als Milchsäure, aber schmerzlos.

W. Lublinski.

Thyrotomie bei Larynxcarcinom. (De la thyrotomie dans le cancer du larynx.) Von Dr. Moure. (Congres français de chirurgie und Revue de laryngologie No. 21, 1891.)

Aus drei eigenen, mit Misserfolg operirten Fällen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: Die Thyrotomie schützt selbst in den günstigsten Fällen nicht vor Recidiven. Bei scharfer Abgrenzung, namentlich wenn der Tumor an den vorderen zwei Dritteln der Stimmbänder sitzt, wenn gar keine Infiltration besteht, wenn die Diagnose frühzeitig gestellt wird, so ist die Operation angezeigt; man soll immer die Tracheotomie vorher ausführen, gleich eine Tamponcanüle einlegen und in derselben Sitzung die Thyrotomie ausführen. Sitzt der Tumor am hinteren Theile der Stimmbänder oder auf den falschen Stimmbändern, so ist deren Sitz in der Tiefe nicht zu diagnosticiren und Recidiven werden nicht ausbleiben. In einer späteren Periode ist die Operation nicht nur erfolglos, sondern durch das Nichtmehrvereintwerden der Schildknorpelhälften wird eine äussere krebsartige Wunde zu dem alten Uebel geschaffen.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Laryngealtumoren, Tracheotomie, Thyrotomie und Exstirpation. Heilung. (Tumeurs laryngées, trachéotomie, thyrotomie et extirpation des tumeurs; guérison.) Von Dr. E. G. Whittle.

Ein 3jähriges Kind hat seit seiner Kindheit Laryngealbeschwerden. Tracheotomie wegen Erstickungsgefahr; die Thyrotomie wird auf Wunsch der Familie ausgesetzt; der Kranke befand sich wohl, nur die Canüle konnte nicht entfernt werden. Später wurde die Thyrotomie ausgeführt und man fand eine Menge kleiner Tumoren über und unter den Stimmbändern; diese wurden mittelst Scheere, Messer, Pincetten, scharfer Löffel entfernt; trotz Chloroform waren die Reflexe sehr störend. Heilung.

Dr. P. K.

Ein Fall von Tracheostenose, hervorgerufen durch Durchschneidung der Trachea. Casuistischer Beitrag zur Medianstellung des Stimmbandes nach Recurrensdurchschneidung. Von Dr. Rich. Wagner in Halle a. S. (Münchener Med. Wochenschrift 1892, No. 10.)

Eine 25jähr. Frau brachte sich mit einem spitzen Küchenmesser eine tiefe Halswunde bei, wodurch der rechte N. recurrens vollständig durchschnitten wurde. Medianstellung des rechten Stimmbandes. Uebergang derselben nach 31 Tagen in Cadaverstellung mit der von W. als Pseudo-Cadaverstellung bei Recurrenslähmung bezeichneten Stimmbandstellung: Unbeweglichkeit, verminderte Breite, excavirter, freier Rand. — Verf. findet durch diesen Fall seine Ansicht bestätigt, dass die Medianstellung des Stimmbandes bei Recurrens-Lähmung nicht bedingt wird durch die Wirkung der durch den N. recurrens versorgten Muskeln, insbesondere nicht durch die Wirkung des Adductors des Stimmbandes. — Auch sonst bietet die ausführlich mitgetheilte Krankengeschichte durch das Auftreten mehrfacher Stenosen im Bereiche der Trachea und deren wirksame Behandlung mit Schrötter's Bougies und Zinnbolzen, wie auch durch die angestellten Untersuchungen über Geschmacks-Empfindungen im Kehlkopfe manches Interessante.

Beschorner.

Glückliche Oesophagotomie wegen eines während 5 Jahre und 9 Monate in die Speiseröhre eingekapselten falschen Gebisses. (Note sur un cas heureux d'oesophagotomie pour enlever un dentier encastré dans l'oesophage depuis cinq ans et neuf mois.) Von Dr. Willoughby Fourner. (The Lancet und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1891.)

Interessant wegen der Natur des Fremdkörpers und besonders wegen seines langen, ungestraften Verweilens im Oesophagus.

Dr. P. K.

Mittelst Gastrotomie und Dilatation geheilte Oesophagusstrictur. (Rétrécissement de l'oesophage guéri par la gastrotomie et la dilatation.) Von Dr. Terrillon. (Académie de médecine de Paris, Séance du 21 Janvier 1890.)

Verf. liest die Krankengeschichte eines Patienten vor, welcher eine narbige Strictur in der Nähe der Cardia trug; da absolut keine Nahrung mehr in den Magen gelangte, machte Verf. die Gastrotomie und ernährte den Patienten einzig und allein durch die gross angelegte Fistel während 5 Monaten; während der Zeit erweiterte er allmählig, bis die Speisen wieder durch den Oesophagus in den Magen gelangten. Vollständige Heilung.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Notiz.

Unser allzufrüh verstorbene Fachgenosse Dr. Jacoby hat die Stadt Breslau zur Erbin seines nicht unbedeutenden Vermögens eingesetzt, unter der Bedingung, dass sie ein Institut für stationäre und ambulante Ohrenkranke einrichtet. Beides wird geschehen. Noch im April tritt die Abtheilung für stationäre Kranke mit einem Belegraume von 20 Betten in's Leben, die Poliklinik erst später. Die Leitung ist, dem Wunsche des Erblassers zu Folge, dem früheren Assistenten Jacoby's, Herrn Dr. Oscar Brieger, übertragen worden.

III. Inserate.

Verlag von FERDINAND ENKE in Stuttgart.

Lehrbuch der Ohrenheilkunde

für Studirende und Aerzte

von **Prof. Dr. Kurd Bürkner**

in Göttingen.

Mit 136 Holzschnitten. gr. 8. Geh. M. 9,—.

INHALT.

I. Originalien: Gomperz: Zur Frage der Regeneration der Substantia propria in Trommelfell-Narben. — Kuchenbecker: Beitrag zur Aetiologie und Therapie des Empyema Antri Highmori (Fortsetzung). — Cholewa: Weitere Erfahrungen über Menthol bei Otitis externa furunculosa und Otitis media acuta purulenta (Schluss). — Schmiegelow: Intubation des Larynx bei acuten und chronischen Stenosen (Fortsetzung). — Gomperz: Kurze Mittheilung über den Gebrauch meines Salmiak-Dampfapparates. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Siebenmann: 1) Beiträge zur functionellen Prüfung des normalen Ohres. 2) Hörprüfungsresultate bei reinem Tubencatarrh. — Truckenbrod: Operativ geheilter Hirnabscess nach Otitis med. acuta. — Jänicke: Ueber die Borsäuretherapie der chronischen Ohreiterungen nebst Mittheilungen über ein neues Borpräparat. — b) Rhinologische: Dreyfuss: Die malignen Epithelial-Geschwülste der Nasenhöhle. — Sheild: Seltener Fall von Nasenpolyp. — Chatellier: Zwei Beobachtungen über Drüsenretentionscysten der vorderen Nasengänge. — Hieguet: Modification des Gottstein'schen Ringes. — c) Pharyngolaryngologische: Scatliff: Werth der Zunge in Bezug auf das Athmen. — Smith: Werth der Zunge beim Athmen. — Garel: Primäres Zungenerysipel — Culloch: Idiopathische Zungenentzündung. — Blackmann: Pilocarpin gegen Trockenheit der Zunge. — Laurent: Präepiglottische fibröse Tumoren. — Stevenson: Fremdkörper des Gaumensegels. — Couetoux: Rolle des Gaumensegels bei Anstrengungen. — Cohn: Behandlung der Mandelhypertrophie. — Downie: Primäres Epithelioma einer Mandel. — Sokolowski und Donockowski: Zur Pathologie der entzündlichen Processe in den Tonsillen. — Rainsford: Vorübergehendes Stottern bei einer Amygdalitis. — Jones: Fall von Ludwig'scher Angina. — Ruault: Ueber eine wenig gekannte Form der Angina phlegmonosa. — Betz: Aetherisation bei Croup. — Guthrie: Bulbärkrisen diphtheritischer Lähmung bei Kindern. — Rozeuz: Strychnineinspritzungen bei diphtheritischer Lähmung. — Wilson: Ein subparotideales und retropharyngeales Sarcom. — Semon und Schattock: Papillom der aryepiglottischen Falte. — Juffinger: Circumscripte Keratose im Larynx. — Baumgarten: Seltenere Formen von Perichondritis des Kehlkopfes. — Le Dentu: Lymphadenom; chirurgische Behandlung. — v. Tymowski: Ueber Behandlung der Larynx-Geschwüre mit Resorcin. — Moure: Thyrotomie bei Larynxcarcinom. — Whittle: Laryngealtumoren, Tracheotomie, Thyrotomie und Exstirpation. — Wagner: Ein Fall von Tracheostenose, hervorgerufen durch Durchschneidung der Trachea. — Fourner: Glückliche Oesophagotomie wegen eines während 5 Jahre und 9 Monate in die Speiseröhre eingekapselten falschen Gebisses. — Terrillon: Mittelst Gastrotomie und Dilatation geheilte Oesophagusstrictur. — Notiz. — III. Inserate.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Univers.
Wien

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie an d. Universität
München

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor und Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität **Wien**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXVI. · **Berlin, Mai 1892.** · **No. 5.**

I. Originalien.

Beitrag zur Tuberculose des Labyrinths.

Von

Dr. **Ernst Cohnstädt,** Ohrenarzt in Erfurt.

Noch bis vor kurzer Zeit hatte man keine sicheren Belege für das Vorkommen von Tuberculose im Labyrinthe des Gehörorgans. Erst Habermann hat durch genaue Untersuchungen an der Leiche histologisch Nachweise von dem Bestehen derselben gebracht. Ich halte es deshalb für nicht uninteressant, über einen Fall aus meiner Praxis zu berichten, der als Beitrag zu den Habermann'schen Fällen anzusehen ist.

Sophie G. aus Erfurt, 11 Jahre alt, wurde auf Veranlassung eines hiesigen Collegen am 12. April in meine Privatklinik gebracht. Seit ihrem vierten Lebensjahre litt Patientin an rechtsseitiger Ohreiterung, die ohne bekannte Ursache entstanden, keine Schmerzen verursacht und deshalb lange Zeit unbehandelt geblieben ist.

Vor einem und vor zwei Jahren war eine Anschwellung über dem rechten Warzenfortsatze aufgetreten, welche beide Male von dem hinzugerufenen Arzte incidirt wurde. Eine eingehende Behandlung der Ohreiterung jedoch ist auch da nicht vorgenommen worden.

Digitized by Google

Bei der Aufnahme in die Klinik klagte das sehr blasse und schwächliche Mädchen über heftige Schmerzen in der ganzen rechten Kopfseite. Körpertemperatur 40,2°. Im rechten Ohre massenhafter, dickflüssiger, foetider Eiter, nach dessen Ausspritzung die Spiegeluntersuchung ergiebt, dass das Trommelfell nur noch in ganz geringen Rudimenten erhalten ist; die Gehörknöchelchen nicht zu erkennen. Die Paukenhöhle mit üppigen, schwammigen Granulationen bedeckt, die Tuba Eustachii für den Catheter frei durchgängig. Die Warzenfortsatzgegend nicht angeschwollen. Geringe Facialisparese. Die Untersuchung des Gehörs ergab für Stimmgabel, Uhr und Flüstersprache absolute Taubheit; die Kopfknochenleitung vollständig aufgehoben.

Die microscopische Untersuchung des Eiters, welche ich bei allen Fällen von chronischer Mittelohreiterung vorzunehmen pflege, ergab die Anwesenheit von grossen Mengen Tuberkelbacillen.

Diagnose: Otitis media suppurativa chronica dextra tuberculosa.

Am nächsten Tage Aufmeisselung des Warzenfortsatzes.

Die Operation wurde nach der Methode von Schwartze begonnen. Nachdem die Weichtheile durchschnitten waren, liess sich das Periost sehr leicht ablösen, so dass der ganze Processus entblösst vor uns lag. Derselbe war äusserlich unverändert; keine Fistel, keine Rauhigkeiten. Doch schon nach wenigen Meisselschlägen quoll dicker, fötider Eiter in grossen Mengen aus der Wunde hervor. Ich meisselte deshalb den ganzen Processus ab, wo sich überall Eiter vorfand, schlug dann mit dem Meissel circa 2 Ctm. nach oben einen Theil der Schuppe ab, ohne jedoch hier auf Eiter zu stossen. Deshalb begab ich mich wieder zur ursprünglichen Wunde und meisselte die ganze hintere knöcherne Gehörgangswand, die vollständig cariös war, mit fort. Knochenlücke eine Breite von 2½ Fingern. Auskratzung mit dem scharfen Löffel. Irrigation der Wunde. Ausstopfen mit Jodoformgaze. Verband. An demselben Tage Abends war die Temperatur bis auf 38° gesunken. Am nächsten Tage normale Temperatur; Kopfschmerzen völlig verschwunden. Patientin erholt sich sehr schnell. Am dritten Tage Verbandwechsel. Die Wunde granulirt, keine Eiterung im Ohre mehr. Elf Tage später, am 25. April Abends, plötzlich heftiger Schwindel, Temperatur 39°, Appetitlosigkeit, Erbrechen. Die Wunde zeigt keinerlei Veränderungen. 26. April comatöser Zustand, der bis zum 28. April andauert, wo der Exitus letalis eintrat.

Section: Stark abgemagerte weibliche Leiche mit flachem Thorax, stark eingezogenen Schlüsselbeingruben. An Stelle des rechten Proc. mast. eine weite, klaffende Wunde, rechte Gesichtsmusculatur verzerrt. Das ganze Mittelohr mit schwammigen Granulationen angefüllt; Trommelfell, Hammer und Ambos fehlen; das Tegmen tympani entblösst und cariös; die Labyrinthwand der Paukenhöhle zeigt einen grossen, cariösen Defect, von welchem ausgehend man auf käsigen, eingedickten Eiter stösst, der fast die ganze Felsenbeinpyramide ausfüllt. Das Felsenbein zeigt deutliche Zeichen von Caries. Von den Gebilden des Labyrinths ist nichts mehr erhalten; an Stelle von Schnecke und Ampullen finden sich Bindegewebsstränge. Der Facialiscanal cariös durchbrochen, mit Eiter gefüllt. Eitrige Meningitis an der Basis; in der rechten Kleinhirnhemisphäre ein wallnussgrosser Abscess. Obgleich nun an dem erkrankten

Digitized by Google

und manschigen Gehirn der Weg zum Abscess nicht ganz deutlich nachzuweisen war, so ist doch mit Sicherheit anzunehmen, dass derselbe, den Weg des N. facialis verfolgend, die hintere Schädelgrube und von da das Kleinhirn erreicht hat.

Der Eiter, der sich im Labyrinth vorfand, wurde einer genauen microscopischen Untersuchung unterworfen und ergab eine grosse Menge von Tuberkelbacillen.

Wir haben es also in diesem Falle mit einer Zerstörung des Labyrinths zu thun, die durch Tuberculose verursacht ist, fortgeleitet vom Mittelohr.

Ich habe bis jetzt, wie schon oben erwähnt, bei allen chronischen Mittelohreiterungen den Ausfluss microscopisch untersucht und fast in allen Fällen, wo es sich um scrophulöse Individuen handelte, Tuberkelbacillen nachweisen können. Ich habe ferner gefunden, dass bei diesen Personen sehr schnell eine Mitbetheiligung der knöchernen Theile, d. h. des Warzenfortsatzes, stattfindet, noch bevor wir von aussen durch Schwellung oder Druckschmerz auf eine solche aufmerksam gemacht werden. Deshalb soll man unbedingt sich nicht zu lange bei der doch unvollkommenen Behandlung der Paukenhöhle vom Gehörgang aus aufhalten, sondern soll möglichst zeitig zur Aufmeisselung schreiten, um so ein Weitergreifen des Processes möglichst zu verhindern. Ich habe in derartigen Fällen stets operirt und immer eine Caries vorgefunden.

Beitrag zur Aetiologie und Therapie des Empyema Antri Highmori.

Von

Aug. Kuchenbecker, Assistent der Klinik.

(Schluss.)

Wir haben absichtlich das Verfahren von Cooper mit den Modificationen von Krause und Schmidt an die Spitze dieses Capitels gestellt, da dasselbe eine Reihe von Vorzügen besitzt, die wir kaum nochmals anzuführen brauchen. Nach unseren Erfahrungen leistet dasselbe in **acuten** Fällen alles, was wir billiger Weise verlangen können; und es ist nach unserer Beobachtung ein prognostisch ungünstiges Zeichen, wenn das acute Empyem unter dieser Behandlungsweise nicht ganz rasch heilt; eine mehrere Monate, ja jahrelange Dauer der Affection ist dann fast gewiss.

Es ist kaum anzunehmen, dass ohne Behandlung der Ausgang in den eben erwähnten Fällen so rasch ein günstiger geworden wäre, und wir möchten zum Voraus warnen, etwa eine Parallele zu ziehen zwischen den acuten idiopathischen uncomplicirten Eiterungen des Mittelohres und denjenigen der Highmorshöhle. Während die ersteren meistens einen typischen Cyclus durchmachen und nach 3–4 Wochen in diesen Fällen spontan wieder verschwinden, ohne dass sich je auf Zersetzung des Secretes hinweisender Fötor gezeigt hätte, sehen wir ganz im Gegen-

(Fortsetzung auf Seite 131.)

Digitized by Google

No.	Name und Beruf.	Alter.	Geschlecht.	Seite.	Aetiologie.	Subjective Symptome.	Objective Symptome.	Acutes oder chron.*) Empyem	Behandlung.	Dauer der Affection**).	Dauer der Behandlung.	Ausgang.	Bemerkungen.
1.	A. M. Wäscherin.	35 J.	W.	L.	Zahncaries und Zahnwurzelentzündung.	Zahnschmerz. Schmerz zwischen dem link. unteren Augenlid und der Nase.	Vorderende d. mittl. Musch. leicht hypertrophisch mit flüssigem Eiter bedeckt. Schwach foetider schleimiger Ausfluss aus der Nase.	acut.	Anbohren von d. Alveole aus.	3 M.	1 M.	Heilung.	—
2.	K. H. Arzt.	29 J.	M.	R.	Einbringen von Liqu. ferri-Watte in die Nasenhöhle.	Typische Supraorbitalneuralgie. Schwindel.	Foetide Secretion u. Verstopfung der r. Nasenhöhle durch Polypen.	chron.	Anbohren von d. Alveole aus. Obturator	11 J.	1 J. und 5 M.	Heilung.	Die Polypen gehen ohne besondere Behandl. zurück. Idiosyncrasie gegen Jodoform.
3.	C. M. Kaufmann	19 J.	M.	R.	Zahncaries.	Schmerz in d. ganzen rechten oberen Zahnreihe. Schwindel. Supraorbitalneuralgie.	Rechtsseitiger. stinkender, eitriger Ausfluss aus der Nase. Im rechten unteren u. mittl. Nasengang rahmiger Eiter. Zwischen den Wurzeln d. cariösen Molares Granulationen.	acut.	Anbohren von d. Alveole aus. Obturator	1 M.	3 W.	Heilung.	Die Zahnalveole steht mit dem Antrum in directer Verbindung.
4.	W. Th. Pfarrer.	48 J.	M.	R.	?	Stirnkopfschmerz. Schwindel. Rechte Supraorbitalgegend druckempfindlich.	Verstopfung u. reichliche Secretion aus dem r. Nasenloch. Beide mittleren Muscheln hypertroph., unt. d. rechten fliesst eitr. Schleim ab.	chron.	Anbohren von d. Alveole aus. Obturat.	Viele Jahre.	2 J. 5 M.	Geringe Besserung	Complication mit Otitis med. catarrhal. chron.

*) Bei einer Krankheitsdauer von über 3 Monaten bezeichnen wir das Empyem als chronisch. **) Beim Eintritt in unsere Behandlung.

Digitized by Google

5.	Th. Z. Kaufmann	64 J.	M.	L.	Kaltes Bad.	Schwindel.	Reichliche eitrige Secretion aus dem l. Nasenloch. Vorderende der l. mittleren Muschel hypertroph. u. mit Eiter bedeckt.	chron.	Anbohren von d. Alveole aus. Obturator	10 J.	1 J.	Heilung.	Idiosyncras. gegen Jodoform. Arg. nitric. 4%.
6.	B. C. Hausfrau.	30 J.	W.	L.	Zahncaries und Zahnwurzelentzündg.	Zeitweilige heft. zuckende Schmerzen über d. linken Auge. Allgem. Nervosität.	Eiterabfl. aus dem l. Nasenl. Vorderende der l. mittl. Muschel von Eiter umspült. Der 2. linke Prämolar schmerzhaft.	chron.	Anbohren von d. Alveole aus. Obturator	ca. 9 Mon.	14 Tg.	Heilung.	—
7.	H. W. Kaufmann	33 J.	M.	R.	Retentionscyste	Der Foetor wird vom Patient. selbst empfunden.	Fötider Ausfluss aus dem r. Nasenloche. Am Vorderende d. r. mittleren Muschel Eiter.	chron.	Anbohren von d. Alveole aus. Obturator	1 Jahr.	14 Tg.	Heilung.	—
8.	W. M. Postbeamter.	35 J.	M.	L.	Verunglückte Zahn-Extraction.	—	Coryza, vermehrter stinkender Ausfluss a. d. l. Nasenloch. Vorderende der l. mittler. Muschel v. Eiter umgeben.	chron.	Anbohren von d. Alveole aus.	2 J.	14 Tg.	Heilung.	Exacerbation durch Influenza.
9.	B. Z. Glätterin.	16 J.	W.	R.	?	—	Abgang v. eitr. zeitw. fötid. Ausfluss a. d. r. Nasenloch. Hypertrophie des Vorderendes d. r. mittleren Muschel.	chron.	Anbohren von d. Alveole aus. Obturator	?	5 Mon.	Heilung.	—
10.	? P. Hausfrau.	52 J.	W.	R.	Einsetzen ein. Molarstiftzahns. Zahnwurzelentzündg.	Kopfschmerz. Schwindel.	Reichl. stink. Eiterabfluss a. d. r. Nasenloch. Kammartige Hypertroph. d. Vorderendes d. r. mittl. Muschel.	chron.	Entf. d. Polypen. Anbohrg. v. d. Alv. aus. Obturat. Spalt. breite Meisseleröffng. n. Küster u. Arist.-Gazetamp.	20 J.	8 Mon.	Noch in Behandlg.	Exacerbation durch Influenza. Jodoformintoxication.

Digitized by Google

No.	Name und Beruf.	Alter.	Geschlecht.	Seite.	Aetiologie.	Subjective Symptome.	Objective Symptome.	Acutes oder chron. Empyem	Behandlung.	Dauer der Affection.	Dauer der Behandlung.	Ausgang.	Bemerkungen.
11.	L. G. Hausfrau.	37 J.	W.	L.	Zahnwurzelentzündg.	—	Fötid. dünnflüssiger eitr. Ausfluss a. d. l. Nasenloch. Unt. d. Vorderende der l. mittl. Muschel Eiter. Wurzel d. 1. Molar usurirt.	chron.	Anbohren von d. Alveole aus. Obturator	1 Jahr.	1 Mon.	Heilung.	Zahnwurzelalveole steht in directer Verbindung mit dem Antrum Highm.
12.	E. H. Färbereibesitzer.	36 J.	M.	R.	Verunglückte Zahn-Extraction. Zahnwurzelentzündg.	Rechtsseitig. Supraorbitalschmerz. Auf der rechten oberen Seite Zahnschmerz.	Fötid. Eiterausfl. a. d. r. Nasenl. Linke Wange etwas aufgetrieben. Das Vorderende d. r. mittl. Muschel von Eiter umgeben.	chron.	Anbohren von d. Alveole aus.	2 J.	—	Spontan geheilt.	Zahnwurzelalveole steht in directer Verbindung mit dem Antrum Highm.
13.	W. B. Cementfabrikant.	44 J.	M.	R.	?	Im Beginne Supraorbitalneuralgie.	Vorderende der r. mittl. Muschel hypertroph., mit Eiter bedeckt. Lateralwulst.	chron.	Anbohren von d. Alveole aus. Durchtrennung d. lat Wand des mittl. Nasenganges. Obtur.	2½ J.	1 Jahr.	Besserung	—
14.	R. H. Lehrer.	37 J.	M.	L.	Verungl. Zahn-Extraction. Zahnwurzelentzündg.	Schwindel, Lichtscheu, Stirnkopfschmerz.	Aus dem linken Nasenloch eitriger fötider Ausfluss.	chron.	Anbohren von d. Alveole aus. Obturator	13 M.	5 Mon.	Heilung.	Jodoform-Intoxication.

Digitized by Google

15.	J. J. Blattmacher.	49 J.	M.	R.	?	—	Aus d. r. Nasenloch zeitw. reichl. übelriechende Eitersecretion. Am Vorderende d. r. mittleren Muschel 3 Schleimpolypen.	chron.	Entf. d. Polypen. Anbohrung d. Alveolarfortsatzes.	10 J.	—	Entzieht sich gebessert d. weiteren Behandlung.	—
16.	A. St. Technisch. Zeichner.	42 J.	M.	L.	Influenza.	Linksseitiger Supraorbitalschmerz. Schwindel. Bes. Schläfenkopfschmerz.	Eitr. fötid. Ausfl. a. d. l. Nasenl. Eiter am freien horiz. Rande d. l. mittl. Muschel. Lateralwulst.	chron.	Anbohrg. des Alveolarfortstz.	7 M.	2 W.	Heilung.	—
17.	J. B. Tramkutscher.	32 J.	M.	L.	Influenza.	—	Aus d. l. Nasenloch fötid. Secret. Rhagaden am Introitus nasi. Neb. d. l. mittl. Muschel Eiter. Spitze d. kariösen Molar m. Granulat. bedeckt.	chron.	Anbohrg. des Alveolarfortstz.	6 M.	5 M.	Heilung.	—
18.	S. Ch. Gärtnersfrau.	30 J.	W.	L.	?	—	Aus d. l. Nasenhöhle Eiterabfl. Vorderende d. l. mittleren Muschel in Eiter steckend.	chron.	Anbohrg. des Alveolarfortstz. Obturator	4 J.	1 M.	Heilung.	Ost. maxill. weit.
19.	K. Hausfrau.	36 J.	W.	R.	Zahnkaries.	Rechtsseitigr. Stirnkopfschmerz.	Aus d. r. Nasenloch eitr. Ausfl., welcher Nachts auf das Kopfkissen fliesst. Linke mittl. Muschel hypertrophisch. Vorderende d. r. mittl. Muschel m. Eiter bedeckt. Rhagaden a. Introitus nasi.	acut.	Anbohrg. der Alveolarfortstz.	3 M.	1 M.	Heilung.	Ost. maxill. weit.

Digitized by Google

No.	Name und Beruf.	Alter.	Geschlecht.	Seite.	Aetiologie.	Subjective Symptome.	Objective Symptome.	Acutes oder chron. Empyem	Behandlung.	Dauer der Affection.	Dauer der Behandlung.	Ausgang	Bemerkungen.
20.	J. R. Posthalterin.	25 J.	W.	L.	?	—	Aus d. l. Nasenloch reichl. fötid. Secret., welche sich Nachts a. d. Kopfk. ergiesst. Vorderende d. link. mittl. Muschel mit polyp. Wucherungen bedeckt.	chron.	Hartgummiplatte mit Stift. (Von and. Seite verordnet)	7 J.	Schon 2Jahre anderweitig ärztlich behandelt.	Entzieht s. gebessert d. weiteren Behandlg.	—
21.	J. M. Fabrikarbeiter.	51 J.	M.	R.	Influenza.	Schmerz beim Kauen. Schwindel beim Bücken.	Aus d. r. Nasenl. eitr. Secret., fliesst Nachts a. d. Kopfk. Mittl. Muscheln mit flachen Gran. bedeckt. Zwischen d. Wurzeln d. 1. Molar fungöse Gran.	chron.	Anbohrg. des Alveolarfortstz.	1 J. 7 M.	4. M.	Entzieht s. gebessert d. weiteren Behandlg.	—
22.	R. Sch. Seidenwinderin.	30 J.	W.	L.	Influenza.	Schmerz in d. Supra u. Infraorbitalgegend.	Aus d. l. Nasenhöhle fötid. eitrig. Ausfluss. Lateralwulst.	chron.	Anbohrg. des Alveolarfortstz.	5 M.	14 T.	Heilung.	—
23.	C. H. Seidenarbeiterin.	41 J.	W.	L.	?	Schmerz zwisch. linkem Augenwinkel und Nasenrücken.	Aus d. l. Nasenh. fötid. eitrig. Secret., welches Nachts a. d. Kopfk. ergiesst. L. mittl. Muschel v. eitrigem Schleim überzogen.	acut.	Anbohrg. des Alveolarfortstz.	1 M.	1 W. Entz. s. gebess. d. weit. Behandl.	Besserung	—
24.	E. St. Seidenspinnerin.	18 J.	W.	R.	Coryza ?	Schmerz über beid. Augen.	Aus d. r. Nasenhöhle fötid. eitr. Ausfluss. R. mittl. Muschel geröthet u. hypertrophisch, unt. derselben Eiter.	acut.	Anbohrg. des Alveolarfortstz.	$2^1/_2$ M.	8 T.	Heilung.	—

Digitized by Google

25.	A. M. Fabrik-arbeiter.	51 J.	W.	R.	Influenza.	Schmerz beim Kauen. Schwindel beim Bücken.	Aus d. r. Nasenhöhle fötid. eitr. Secret., welche s. Nachts a. das Kopfk. ergiesst. Mittl. Musch. m. flach. Granulat. bedeckt.	chron.	Anbohrg. des Alveolarfortstz.	1 Jahr 7 Mon.	4 M. Entz. s. gebess. d. weit. Behandl.	Besserung	—
26.	J. J. Säger.	56 J.	M.	L.	Bronchitis acuta.	Stirnkopfschmerz. Infraorbitalschmerz. Schwindel.	Aus d. l. Nasenloch reichl. eitr. Secret., welche Nachts auf d. Kopfk. fliesst. L. mittl. Musch. hypertrophisch, pendelnd, mit Eiter bedeckt.	chron.	Anbohrg. des Alveolarfortstz.	4 M.	3 M.	Entzieht sich gebessert d. weiteren Behandlg.	—
27.	A. B. Magd.	24 J.	W.	R.	Atroph. Catarrh der linken Nasenh.	Kopfcongestionen.	R. mittl. Musch. mit Eiter bedeckt; d. r. unt. Musch. hypertrophisch.	chron.	Anbohrg. des Alveolarfortstz.	? J.	4 W.	Heilung.	—
28.	H. T. Posamenter.	26 J.	M.	Bs.	Influenza.	Supraorbitalschmerz. Schwindel.	Verstopf. beid. Nasenhöhlen d. Schleim. Vorderende beider mittl. Musch. hypertrophisch m. Polypen bedeckt. Links Lateralwulst.	chron.	Anbohrg. des Alveolarfortstz. Jodoformin-sufflat., spät. Ausspülg. mit Alcohol.	8 M.	—	Noch in Behandlg.	—
29.	G. S. ohne Beruf.	23 J.	W.	Bs.	Atroph. Catarrh.	—	Besonders reichliche foetide Secretion. Beide mittleren Muscheln atrophisch.	chron.	Anbohrg. des Alveolarfortstz.	? J.	—	Noch in Behandlg. Das linksseitige Empyem war nach 14tg. Beh. geheilt.	

Digitized by Google

Anhang

No.	Name und Beruf.	Alter.	Geschlecht.	Seite.	Aetiologie.	Subjective Symptome.	Objective Symptome.	Acutes oder chron Empyem	Behandlung.	Dauer der Affection.	Dauer der Behandlung.	Ausgang.	Bemerkungen.
30.	J. R. Schreinermeister.	54 J.	M.	L.	Carcinoma antri Highmori	Zahnschmerz im link. Ober- u. Unterkief. Schmerz i. d. Gegend des unt. Orbitalrandes.	Diffuse Schwellung der Wangengegend. In der linken Nasenhöhle einige graue abnorm gefässreiche Schleimpolypen. welche vom Vorderende der mittleren Muschel ausgehen.	—	Explorat.-Punct. des Alveolarfortsatzes. Resect. des Oberkief. durch Prof. Socin.	2 M.	3 M.	Heilung.	Noch nach 8 Mon. ohne Recidiv.
31.	C. St. Banquier.	60 J.	M.	L.	Carcinoma antri Highmori	Supraorbitalschmerzen.	Diffuse Schwellung der ganzen Oberkiefergegend. Linke Lidspalte verengt. Unteres Augenlid sugillirt. Jochbogen und unterer Orbitalrand nicht deutlich abzugrenzen. Linke Nasenhöhle weit: Knochenharter Lateralwulst. Flach knollige Schwellung der unt. Muschel.	—	Resection des Oberkiefers durch Professor Socin.	10 M.	8 M.	†	Recidiv.

Digitized by Google

satz dazu bei einem Theile der acuten Eiterungen des Antrum Highmori schon in den ersten Tagen intensiven Fäulnissgeruch eintreten. Dass derselbe in allen Fällen durch die blosse Stagnation des Eiters bedingt sei, möchten wir bezweifeln. Naheliegender ist es, dass derselbe auf die unmittelbare Nähe der Mundhöhle resp. der Alveolen cariöser Zähne mit ihren zahlreichen Microorganismen zurückzuführen ist, und dass wahrscheinlich hier ähnliche Verhältnisse vorliegen, wie bei denjenigen Abscessen der Bauchhöhle, wo der Eiter intensiven Fäcalgeruch besitzt, auch da, wo keine nachweisbare Communication zwischen Darmlumen und Abscesshöhle besteht.

Einzelne Fälle von Spontanheilung werden zugegeben, immerhin aber als Rarität (vgl. die Discussion über den Küster'schen Vortrag: Die Behandlung der Eiterungen starrwandiger Höhlen, Berl. klin. Wochenschr. 1889, No. 10). Auch unter unseren Fällen haben wir eine Spontanheilung zu verzeichnen v. No. 12; die Heilung war hier begünstigt durch die ausserordentliche Weite und die geringe Länge der Alveolaröffnung.

Vergleicht man den durch Sectionsbefunde von anderen und von uns (vergl. oben) erwiesenen Umstand, dass Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase bei verschiedenen Allgemein-Infections-Krankheiten beinahe zur Regel gehören, mit der Thatsache, dass das Empyem der Highmorshöhle immerhin relativ selten gefunden wird auch von gewandten Beobachtern, so muss man als sicher annehmen, dass Empyeme der obengenannten Herkunft in der Regel spontan heilen. Anders verhält es sich natürlich mit den Eiterungen anderen z. B. dentalen Ursprungs.

In besonders hartnäckigen Fällen, wo auch nach mehrmonatlicher Behandlungszeit die Eiterung der Highmorshöhle nicht sistirt, sollte das Verfahren von Küster angewendet werden, d. h. breite Eröffnung von der Fossa canina aus. Auch Desault und Schech haben diese Operation ausgeführt, doch scheinen sie die Operationsöffnung weniger gross angelegt zu haben als Küster. Der letztere resecirt subperiostal ein dreieckiges Knochenstück, so dass der Finger zur Exploration der Höhle eingeführt werden und auch durch Spiegelbeleuchtung die Untersuchung vervollständigt werden kann. Die Nachbehandlung besteht im Einlegen von Jodoformstreifen. Bis jetzt haben wir nur einen unserer Patienten, nämlich Frau P. (No. 10 unserer Tabelle) bewegen können, sich dieser Küster'schen Operation zu unterziehen. Die sämmtlichen übrigen ungeheilten oder blos gebesserten Patienten — soweit solche mit dem nagelförmigen Obturator versehen und mit der Nachbehandlung vertraut waren — zogen es vor, letztere auf ungewisse Zeit hin fortzusetzen, indem sie angaben, dass dieselbe ihnen nicht lästig sei und dass sie die unangenehmen Symptome vollständig damit hintanzuhalten im Stande seien.

Unsere Erfahrungen in Betreff der Küster'schen Operation sind noch zu gering, als dass wir uns schon ein Urtheil über dieselbe erlauben dürften. Immerhin ist ihr Vortheil für die Sicherung der Diagnose und für die Entfernung von eingedrungenen Fremdkörpern (ungeeignete Obturatoren), Sequester, Polypen und eventuell von beginnenden Neubildungen, sowie bei hochgradiger Schwellung der Schleimhaut in die Augen springend.

Unsern Fall No. 10 operirte Siebenmann in Bromäthernarcose.

Digitized by Google

Ueber die Kante des zahnlosen Alveolarfortsatzes wurde ein Längsschnitt geführt, das Zahnfleisch mit dem Periost nach beiden Seiten zurückgeschoben, der blossgelegte Processus alveolaris mit dem Meissel zunächst gespalten in der Schnittlinie und dann wurde der Knochen dort rasch derart resecirt, dass die Kuppe des kleinen Fingers gegen die Highmors-Höhle hinaufgeschoben werden konnte. Die letztere erwies sich durch gewucherte Schleimhaut aber so angefüllt, dass von einem 1 Ctm. breiten Aristolgazestreifen nur ein 15 Ctm. langes Stück hinaufgeschoben werden konnte. (Frau P. hatte früher in unserer Behandlung beim Krause'schen Trockenverfahren eine intensive Jodoformintoxication durchgemacht, so dass wir von der Jodoformgaze absehen mussten.) Nach Curettement der Höhle und unter täglich 2 Mal vorgenommener Tamponade erweiterte sich das Lumen des Sinus maxillaris in der folgenden Zeit derart, dass nun nach 4 Wochen ein Gazestreifen von 50 Ctm. Länge bequem hineingestossen werden kann. Die Eiterung hat gegenwärtig sistirt; trotzdem haben wir uns noch nicht entschliessen können, von der Tamponade zu abstrahiren und den Operationscanal sich schliessen zu lassen, da wir noch eine weitere Rückbildung der Mucosa abwarten wollen.

Ein Fall von geheilter Chorea laryngis.

Von

Dr. **W. Posthumus Meyjes**, Amsterdam.

Einen typischen Fall von Chorea laryngis habe ich vor einiger Zeit wahrgenommen:

Herr F. W. W., 52 Jahre alt, leidet schon seit vier Jahren an einem äusserst hartnäckigen Husten, der ihn ohne Aufhören quält. Eine Ursache davon ist ihm nicht bekannt. Der Mann ist sonst gesund; Nervenleiden konnte ich aus der Anamnese nicht hervorheben. Ebensowenig war er schuldig an Excessen in Venere oder Baccho. Während des Schlafes hustet er nicht. Nase, Kehle und Ohr boten keine nachweisbaren Aenderungen dar. Bei der Spiegeluntersuchung hustet er nicht. Der Husten ist dem höchst unangenehmen Laut des Seelöwen ähnlich; choreatische Bewegungen werden dabei nicht wahrgenommen. Jahre hindurch hat er Antinervina, Narcotica, Roborantia aller Art zu sich genommen, jedoch ohne den geringsten Erfolg.

Ich gab ihm 3 Mal täglich 0,5 Grm. Antipyrin. Das Resultat war eclatant. Schon am zweiten Tage hatte die Intensität des Hustens abgenommen, am Abend des dritten Tages war der Husten nahezu, am Morgen des fünften Tages ganz verschwunden.

Das Eigenthümliche des Falles war das Alter des Patienten, weil man bei Erwachsenen überhaupt höchst selten Chorea laryngis wahrnimmt, und immer nur die mit Paroxysmen; von dieser continuirenden Form sind nur vereinzelte Fälle in der Literatur bekannt.

Das Antipyrin ist ein vorzügliches Mittel, die erhöhte Reflexthätigkeit herabzusetzen, da man doch allgemein als Ursache der Chorea laryngis eine Reizung der corticalen motorischen Larynxcentren annimmt,

Digitized by Google

ebenso wie Chorea major und minor corticalen Ursprungs sind. Oefters ist in Fällen von Chorea m. (Veitstanz) das Antipyrin mit gutem Resultate angewendet, wie ich mich auf der Universitätsklinik, als Assistent des Herrn Prof. P. K. Pel zu Amsterdam, öfters überzeugt habe.

Leider hatte ich noch keine Gelegenheit, das Mittel auch bei Chorea vocalis zu versuchen. Der Fall von Linkenheld in dieser Monatsschrift 1891, pag. 268, scheint mir eine Combination gewesen zu sein von Chorea laryngis (das Husten) und Chorea vocalis (Erzeugung der Anfälle bei lautem Lesen).

Intubation des Larynx bei acuten und chronischen Stenosen.

(Casuistische Beiträge.)

Von

Dr. **E. Schmiegelow** (Kopenhagen).

(Schluss.)

Fall 9. Hans Christian L., 2½ Jahre alt, wurde am 4. April 1891 für Sequela-Tracheotomie aufgenommen.

Vor 7 Monaten wurde Patient in's Amtsspital zu Kopenhagen aufgenommen und gleich wegen Croup tracheotomirt. 33 Tage nachher wurde er mit der Canüle entlassen, nachdem man mehrmals vergebens versucht hatte, dieselbe zu entfernen. Er hatte, als er abgeschrieben wurde, eine ziemlich starke Bronchitis mit zähem schleimigen Expectorat.

Er wird wieder aufgenommen, um möglicher Weise die Canüle los zu werden. Er ist klein für sein Alter, schwächlich gebaut und mager. Die Stimme ist heiser und schwach, aphonisch, und das Sprechen strengt ihn augenscheinlich an; wenn er sprechen soll, hält er den Kopf schief.

5. April. Temp. Morgens 37°, Abends 37,5°. Patient wird heute unter Chloroformnarcose untersucht. Er kann nur wenige Minuten ohne die Canüle athmen. Leidet an Bronchitis mit Aufhusten einer ausserordentlich reichlichen Menge von zähem, purulenten Schleim. Intubation wird mit Leichtigkeit vorgenommen. Bekam gleich Husten, wodurch ziemlich viel Schleim herausgebracht wurde. Der Faden wird entfernt. Die Sprache ist schwach, heiser und etwas angestrengt. Bekam Eispillen und halbe Fieberdiät.

6. April. Temp. Morgens 38,4°, Abends 37,8°. Die Respiration hielt sich gestern den ganzen Vormittag frei und natürlich, unbedeutender Husten gleich nach der Intubation, später kein Husten oder Expectorat. Am Nachmittag und gegen Abend wurde die Respiration ab und zu beschwerlich, mit deutlichen Einziehungen in der Cardia, und er warf sich unruhig im Bette hin und her. Die Anfälle waren ziemlich häufig, aber von kurzer Dauer. Heute Morgen scheint er sich subjectiv wohl zu befinden. Deutliches Schleimrasseln in der Trachea und an beiden Lungenhälften. Er hat reichlich Eispillen und Milch genossen, theelöffelweise, wodurch ziemlich viel Husten verursacht wurde. Urin normal.

Digitized by Google

7. April. Temp. Morgens 38°, Abends 38,1°. Patient isst etwas aufgeweichten Zwieback, hustet aber ziemlich viel dabei. Mehrere starke Hustenanfälle. Die Respiration etwas keuchend.

8. April. Temp. Morgens 38,6°, Abends 38°. Die Respiration noch immer etwas beschwert, keuchend und mit etwas Schleimrasseln. Husten immer, wenn er etwas geniesst. Ass gestern ein Ei und etwas aufgeweichten Zwieback. Da er ab und zu starke Einziehungen der Cardia hat und der Schleim wegen seiner ausserordentlichen Zähigkeit schwer aufgehustet wird, wird er extubirt, muss aber wegen ungenügender Respiration gleich wieder intubirt werden. Um ihm etwas Ruhe zu verschaffen (er soll, seitdem er intubirt wurde, nur wenig geschlafen haben) und um möglicher Weise die purulente Bronchitis zu bessern, wird die Trachealcanüle eingelegt und extubirt.

Am 12. April wird von Neuem eine etwas kürzere Intubationscanüle eingelegt.

13. April. Temp. Morgens 37,5°, Abends 37,6°. Gestern Abend hustete er die Canüle aus und bekam gleich einen Erstickungsanfall, weshalb die Krankenpflegerin die Trachealcanüle einlegte. Diese wird jetzt wieder entfernt und die Intubationscanüle wieder eingelegt.

14. April. Temp. Morgens 38,4°, Abends 38°. Er hustet um 6 Uhr Nachmittags die Canüle wieder aus und die Trachealcanüle wird eingelegt.

Erst am 17. April wird er wieder intubirt, aber am selben Abend wird die Tube herausgenommen und die Trachealcanüle eingelegt.

23. April. Wird intubirt. Bei der Untersuchung heute fühlt man den Introitus laryngis schnürlochförmig verengt und theils mit papillomatösen Auswüchsen angefüllt.

In der folgenden Zeit wird er jeden Morgen intubirt, jeden Abend extubirt und die Trachealcanüle eingelegt.

5. Mai. Die Secretion in der Trachea ist ausserordentlich reichlich und zähe. Im obersten Ende der Trachealwunde sieht man ein flottirendes Granulom, welches schwer zu fassen ist: Unter Narcose wird vergebens Abreissung und Curettement versucht. Sein Befinden ist sonst gut, hat guten Appetit und erholt sich sichtbar.

12. April. Nachdem er die Canüle 2 Mal 24 Stunden getragen, hustete er dieselbe gegen Abend plötzlich aus, bekam gleich einen Erstickungsanfall und starb, ehe Hilfe herbeigerufen werden konnte.

Epicrise. Im vorliegenden Falle handelte es sich um ein schlecht ernährtes, mageres und schwächlich gebautes Kind, welches nach Tracheotomie bei Croup die Canüle 7 Monate getragen hatte und jetzt an einer sehr reichlich purulenten chronischen Bronchitis litt. Diese Bronchitis war, wie im Fall No. 7, die unglückliche Complication, die den traurigen Ausgang zur Folge hatte. — Während im ersten Fall der Bronchitis directe Verstopfung der Tube die unmittelbare Ursache der Erstickung war, war das Verhältniss in diesem Falle etwas anders. Der Tod trat nämlich hier nicht direct in Folge einer Verstopfung der Canüle ein; wegen der reichlich purulenten Secretion aus den Bronchien musste das Kind fortwährend husten, um sich von demselben zu befreien, und bei einem starken Hustenanfall wurde die Tube herausgeschleudert. Unter gewöhnlichen Umständen wäre die Dilatation der Tube genügend gewesen, die Luftpassage so lange frei zu halten, bis man ärztliche Hilfe herbei-

Digitized by Google

rufen konnte, um entweder die Tracheotomiewunde zu öffnen oder das Kind wieder zu intubiren. In diesem Falle indessen muss man annehmen, dass die Stenose wesentlich durch grössere Granulationsmassen verursacht war, und diese schlossen sich wie ein Ventil, sobald die Tube ausgehustet war. Section wurde leider nicht erlaubt, aber dass das Verhältniss wirklich so war, wie oben angenommen, wird dadurch bestätigt, dass man mit dem Zeigefinger den Introitus ganz mit Granulationsmassen angefüllt fühlen konnte, ebenso wie man auch von der Tracheotomiewunde aus das Vorhandensein von Granulationsgeschwülsten im oberen Theile der Trachea constatiren konnte.

Diese beiden Complicationen, die purulente Bronchitis mit den Granulationsmassen im Larynx, machten überhaupt das Intubiren des Kindes wenig einladend, und man hätte mit den Versuchen früher aufhören sollen.

Dass eine Larynxstenose durch Granulationsmassen verursacht ist, kann an und für sich keine Contraindication zur Anwendung der Intubation sein, und Baldwin[1]) hat einen Fall mitgetheilt, wie er ein 8jähr. Kind durch tägliche Einführung der Intubationscanüle im Laufe von 5 Wochen heilte. — In dem folgenden Falle, wo man auch ein Ausfüllen des untersten Theiles vom Larynx durch Granulationsmassen als die Ursache zum beschwerlichen Decanülement betrachten muss, verlief die Intubation leicht und war von vollständiger Heilung gefolgt.

Fall 10. Jens Martin C., 2 Jahre alt, am 8. Juli 1891 wegen Diphtheritis in's Amtsspital aufgenommen. Nähere Auskunft über Pat. war nicht zu erhalten. Er ist wohlgestaltet und gut genährt. Die Zunge feucht und rein, Fauces geröthet, beide Tonsillen geschwollen. An beiden sieht man mehrere, etwa erbsengrosse Beläge von grauer Farbe. Die Nase ist permeabel, die Respiration frei; keine Heiserkeit, die Drüsen des Halses nicht geschwollen. Kein Oedem, kein Exanthem. — Im Laufe des folgenden Tages wird die Stimme heiser und die Respiration stridulös. Urin normal.

11. Juli. Temp. Morgens 37,5°, Abends 38°. Unter zunehmender Dyspnoe und Cyanose wurde in der Nacht um 1 Uhr die Tracheotomie gemacht.

19. Juli. Pat. konnte gestern das Verschliessen der Canüle nicht vertragen.

20. Juli. Temp. Morgens 37,6°, Abends 37,5°. Die Canüle wird entfernt.

21. Juli. Temp. Morgens 37,3°, Abends 37,5°. Respiration etwas keuchend, keine Cyanose, schwache Einziehungen.

22. Juli. Die Dyspnoe nahm gestern Abend sehr zu und um 1 Uhr musste die Canüle wieder eingeführt werden.

1. August. Da Pat. die Canüle noch immer nicht entbehren kann, wird er in Narcose untersucht und man findet den Larynx über der Tracheotomiefistel theilweise mit Granulationsmassen angefüllt. Er wird intubirt. Die Intubation ging leicht; eine Canüle für das Alter von 2 Jahren wurde eingelegt.

---

[1]) Baldwin: Case of papilloma of Larynx cured by Intubation. Medic. Record, 8. August 1890.

Digitized by Google

2. August. Temp. Morgens 37,3°, Abends 37,5°. Nach 2 Stunden hustete er gestern die Intubationscanüle aus, weshalb die Trachealcanüle wieder eingelegt wurde. Heute früh wurde die Trachealcanüle entfernt. Nach einer Stunde wurde die Respiration keuchend, lärmend, deshalb von Neuem Intubation mit einer grösseren Nummer (für das Alter von 3 Jahren). Die Intubation ging leicht ohne Narcose.

3. August. Temp. Morgens 37,7°, Abends 37,4°. Hat nicht so gut geschlafen, befindet sich aber sonst wohl. Klagt über Durst, weshalb Eispillen ordinirt werden.

4. August. Temp. Morgens 38,6°, Abends 38°.

5. August. Temp. Morgens 37,7°, Abends 37,5°. Hat gut geschlafen, ass gestern ein Ei mit Appetit. Respiration gut.

Von jetzt an war der Verlauf und die Temperatur normal.

14. August. Wohlbefinden. Während eines Hustenanfalles heute Morgen wurde die Canüle ausgehustet. Respiration vollständig frei.

16. August. Wohlbefinden. Ist sehr lebhaft und spricht deutlich. Wird abgeschrieben.

Epicrise. In diesem Falle wird ein 2jähriges Kind, nachdem es 3 Wochen lang die Tracheotomiecanüle getragen und man dieselbe nicht entfernen kann, intubirt. — Der Larynx war über der Tracheotomiefistel theilweise mit Granulationsmassen angefüllt. Im Gegensatze zu Fall 9 wurde das spontane Aushusten der Tube (2 Stunden nach der ersten Intubation) nicht von so plötzlichen Erstickungsanfällen begleitet, dass man nicht Zeit hatte, die Trachealcanüle wieder einzulegen. Am folgenden Tage wurde er wieder intubirt und trug jetzt die Tube, bis er sie 12 Tage nachher bei einem Hustenanfall wieder aushustet — Von jetzt an war die Respiration vollständig frei.

Endlich habe ich Intubation in folgenden 2 Fällen versucht:

Fall 11: Mehrmals bei einem 24jährigen Manne, der nach einer Tracheotomie in seinem 6. Lebensjahre eine Trachealstenose (Verdickung der vorderen Trachealwand) bekommen hat. — Er trägt keine Trachealcanüle, aber die Respiration ist, besonders wenn er erkältet wird, deutlich stenotisch. Ich habe ihm mehrmals ambulant Intubationscanülen, die ich nur einige Minuten liegen lasse, eingeführt, und hoffe dadurch, die Stenose dilatiren zu können Steht noch in Behandlung.

Fall 12: Bei einem ca. 25jähr. Mädchen, das an ausgesprochener Aphonia spastica litt und früher mit allerlei Mitteln (constanter Strom, Faradisation etc.) behandelt worden ist, intubirte ich 2 Mal, jedes Mal nur wenige Minuten, aber ohne Erfolg. Die Aphonia spastica schwand nicht.

* * *

Sollte ich am Schlusse dieser casuistischen Mittheilungen die Indicationen der Kehlkopf-Intubation, so wie sie in Folge der Erfahrungen der letzten Jahre sich entwickelt haben, schematisch aufstellen, könnte es auf folgende Weise gemacht werden:

Die Intubation soll angewandt werden:

1) Bei acuten Kehlkopfstenosen, welche nicht diphtheritisch sind, sondern einem acuten Oedem der Schleimhaut (Tuberculose, syphilitische Perichondritis, Erysipelas etc.) zuzuschreiben sind.

Digitized by Google

2) Bei acuten Kehlkopfstenosen, welche zwar diphtheritischer Natur sind, aber wo man, wegen sehr starker Asphyxie, nicht annehmen kann, genügend Zeit für die Ausführung einer Tracheotomie zu haben.

3) Bei acuten Kehlkopfstenosen diphtheritischer Natur, wo die Familie des Patienten eine Tracheotomie nicht erlaubt.

4) Bei acuten Kehlkopfstenosen, die entweder durch doppelseitige Paralyse der Stimmband-Abductoren oder doppelseitigen Spasmus der Adductoren verursacht sind.

5) Bei acuten Kehlkopfstenosen, durch Fremdkörper verursacht, insofern die Zeit nicht die Ausführung einer Tracheotomie erlaubt (Meltzer[2]). In diesen Fällen soll man, wenn möglich, speciell O'Dwyer-sche Tuben mit sehr grossem Lumen anwenden[3]).

6) Bei acuten Trachealstenosen, von einer acuten Thyreoiditis bedingt (Annaudale[4]) oder welche sich während operativer Eingriffe auf Neoplasmen, die mit der Trachea zusammengewachsen sind, entwickeln.

7) Bei chronischen Stenosen des Larynx und des obersten Theiles der Trachea.

Die Intubation **kann** angewandt werden:

8) Bei jeder acuten Kehlkopfstenose diphtheritischer Natur.

Nachtrag.

Nachdem diese Arbeit geschrieben war, ist die Behandlung für die folgenden zwei Fälle abgeschlossen:

Fall 5. Jacob Anders wurde am 12. December 1891 um 8½ Uhr Morgens extubirt. Die Respiration war frei bis um 11 Uhr. Er sass im Bett und spielte, als er plötzlich empor sprang; bekam Erbrechen, wurde cyanotisch und starb im Laufe weniger Secunden.

Die Section ergab als Todesursache: Erstickung, durch Aspiration von Mageninhalt in dem stenotischen Larynx hervorgerufen.

Fall 6. Hans Edw. wurde am 9. Februar 1892 extubirt, nachdem er die Intubationscanüle beinahe ein Jahr getragen hat. Er hat sich seitdem wohl befunden. Schriftlichen Nachrichten vom 18. März 1892 zufolge ist seine Respiration vollständig frei, die Stimme wird besser und er frequentirt die Schule.

---

[2]) Meltzer: Intubation in Cases of foreign bodies in the air passages etc. Medical Record 1889, pag. 311.

[3]) O'Dwyer: Intubation for the removal of foreign bodies. Med. Record, October 1889, pag. 391.

[4]) Ref. von Rosenberg: Ueber Intubation des Larynx. Berliner klin. Wochenschrift No. 25, 1891. Separat-Abdruck pag. 7.

Digitized by Google

Zu E. Berger's Darstellung der Beziehungen zwischen Augen- und Nasenkrankheiten.

Herr E. Berger in Paris, früher Privatdocent der Augenheilkunde in Graz, der Verfasser der bekannten Abhandlung über die Krankheiten der Keilbeinhöhle und des Siebbeinlabyrinthes, hat soeben eine Schrift über die „Rapports entre les maladies des yeux et celles du nez etc." erscheinen lassen [1]), die zahlreiche Irrthümer und verkehrte Ansichten besonders auch hinsichtlich meiner eigenen Veröffentlichungen über diesen Gegenstand enthält. Auf Alles kann ich an dieser Stelle natürlich nicht eingehen und beschränke mich darauf, zwei besonders auffällige Behauptungen Berger's hier richtig zu stellen.

1) Auf S. 7 werden manche im Verlaufe von chronischen, obstruirenden Nasenkrankheiten auftretende Formen des Schielens und von Astigmatismus auf Arbeiten von M. Bresgen zurückgeführt und meiner eigenen gar keine Erwähnung gethan. Und doch hat Bresgen in seiner Besprechung dieser Frage (Deutsche Med. Wochenschr. 1884, No. 9, Wiener med. Presse 1887 u. a. a. O.) nur referirend sich verhalten und auf meine, in dieser Monatsschrift 1883, No. 2 — 4, erschienene Abhandlung über Asymmetrie des Schädels bei Nasenkrankheiten, in welcher ich die durch künstliche Verstopfung einer Nasenhälfte bei jungen, rasch wachsenden Thieren zu erzielende Asymmetrie der beiden Orbitae eingehend besprochen und das oftmalige Vorkommen von Schielstellung und Astigmatismus bei mit einseitiger chronischer Nasenobstruction behafteten Personen zuerst hervorgehoben habe, ganz ausdrücklich und z. Th. mit wörtlicher Wiedergabe meiner Darstellung sich bezogen, und diese meine Arbeit allgemeinerer Aufmerksamkeit empfohlen. Ich habe selten ein Referat gelesen, worin man mehr als Bresgen sich bemüht hätte, das Verdienst eines Autors, mag dies nun gross oder klein sein, hervorzuheben, so dass es geradezu unbegreiflich ist, dass Herr Berger mich hier todtschweigen will.

2) Bei den durch Erkrankung der Oberkieferhöhle bedingten Augenleiden (S. 30) sagt Berger: „M. Ziem admet que le pus, en se collectant dans le sinus maxillaire, peut entraîner l'ectasie de ce sinus. Il considère le rétrécissement du champ visuel comme très vraisemblablement causé par la compression exercée sur le nerf optique, par la paroi supérieure du sinus, devenue ainsi proéminente" — und führt zum Beweise hierfür den von mir herstammenden Satz an: „dass durch eine Eiteransammlung in der letzteren und eine Ectasie des Sinus ein Druck auf den an der oberen Wand desselben verlaufenden Nerv. opticus zu Stande kommen kann, ist allerdings wahrscheinlich." Diese Ansicht wird dann von Berger bekämpft: Windmühlen, Phantasiegebilde, Verehrtester! Aus meiner in der Berliner klin. Wochenschr. 1888, No. 37, erschienenen und auf Ihren Wunsch als Separat-Abdruck Ihnen zugegangenen Arbeit über Einschränkung des Gesichtsfeldes bei Erkrankung der Nase und ihrer Nebenhöhlen reissen Sie eine auf Erkrankung des Sinus sphenoidalis bezügliche Stelle heraus, verwerthen sie bei den Erkrankungen des Sinus maxillaris und beweisen dann, dass ich dummes

[1]) Paris, O. Doin, 1892.

Digitized by Google

Zeug behauptet habe! Der betreffende, übrigens schon in meiner Arbeit über Bedeutung und Behandlung der Naseneiterung, diese Monatsschrift 1886, No. 4, Seite 137, zu findende Satz heisst im Zusammenhang folgendermaassen: „Es sei hier erwähnt, dass auch eine Einschränkung des Gesichtsfeldes zur Differentialdiagnose zwischen einer Eiterung der Kieferhöhle und einer solchen der Keilbeinhöhle nur mit Vorsicht zu verwenden ist. Dass durch eine Eiteransammlung in der letzteren und eine Ectasie des Sinus ein Druck auf den an der oberen Wand desselben verlaufenden Nerv. optic. zu Stande kommen kann, ist allerdings wahrscheinlich.“ Meine aus dem in No. 8, 1889 d. Monatsschr. beschriebenen Falle einem Theile der Leser gewiss bekannte, gleichgiltig ob richtige oder nicht richtige, jedenfalls aber nicht, wie die von Berger mir zugeschriebene, unsinnige Ansicht über das Zustandekommen der Einschränkung des Gesichtsfeldes bei Erkrankung der Nase oder des Sinus maxillaris ist vielmehr die, dass von den angeschwollenen Nasen- und Kieferhöhlenvenen, den Ethmoidales, der Infraorbitalis und Nasofrontalis eine collaterale Hyperämie, eine Rückstauung nach den Venen der Orbita und des Bulbus, vorzüglich auch des erectilen und dehnbaren Ciliarkranzes (vergl. hierüber Ziem in Virchow's Archiv 1891, Bd. 126, Seite 467) und im Gefolge des so bewirkten Ueberdruckes im Binnenraume des Bulbus eine Circulationsstörung auch in der Netzhaut entsteht.

Danzig, den 5. Mai 1892. Dr. Ziem.

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Bericht über die an der k. k. Wiener Universitäts-Klinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Josef Gruber im Jahre 1890 ambulatorisch behandelten Kranken. (Jahresbericht des k. k. allgemeinen Krankenhauses in Wien 1890.)

Im Jahre 1890 erschienen im Ambulatorium 5040 neue Kranke, und zwar: 3075 Personen männlichen und 1965 Personen weiblichen Geschlechtes[1]).

Von den erschienenen Kranken waren dem Alter nach:

bis zu	5	Jahren	. . . .	310	=	160 M.	+	150 W.
von	5—10	„	. . . .	393	=	183 „	+	210 „
„	10—20	„	. . . .	1100	=	613 „	+	487 „
„	20—30	„	. . . .	1196	=	776 „	+	420 „
„	30—40	„	. . . .	857	=	555 „	+	302 „
„	40—50	„	. . . .	598	=	390 „	+	208 „
„	50—60	„	. . . .	339	=	223 „	+	116 „
„	69—70	„	. . . .	180	=	122 „	+	58 „
„	70—80	„	. . . .	57	=	46 „	+	11 „
„	80—90	„	. . . .	10	=	7 „	+	3 „
			Summa:	5040	=	3075 M.	+	1965 W.

[1]) Die an der Klinik stationär behandelten Kranken sind in diesem Berichte nicht erwähnt.

Digitized by Google

Der Beschäftigung nach waren die Männer:

Aerzte 2, Agenten 64, Arbeiter 164, Bäcker 52, Bildhauer 16, Binder 4, Briefträger 7, Brauer 5, Buchbinder 8, Buchhalter 9, Büchsenmacher 3, Beamte 152, Comptoiristen 23, Commis 110, Conducteure 6, Drechsler 53, Diener 102, Fabriksarbeiter 33, Färber 10, Fleischhauer 41, Friseure 28, Giesser 3, Glaser 5, Händler 33, Hausknechte 25, Hutmacher 12, Ingenieure 10, Juristen 5, Kaufleute 76, Kellner 61, Kutscher 44, Lackirer 2, Landwirthe 29, Lehrer 47, Lehrlinge 33, Maler 12, Maurer 10, Metallarbeiter 28, Müller 10, Musiker 30, Schlosser 112, Schmiede 35, Schneider 119, Schriftsetzer 25, Schüler der Volksschule 30, Schuster 117, Seifensieder 2, Sicherheitswachleute 24, Spengler 11, Steinmetze 4, Studenten 115, Tagelöhner 96, Tapezierer 18, Tischler 75, Uhrmacher 4, Verschleisser 19, Wagner 8, Weber 5, Wirthe 24, Zeichner 3.

Von den Weibern waren:

Arbeiterinnen 51, Bäuerinnen 34, Handarbeiterinnen 169, Hebammen 7, Kleidermacherinnen 101, Köchinnen 38, Mägde 180, Schülerinnen 80, Lehrerinnen 19, Verschleisserinnen 8.

Von den übrigen Kranken war die Beschäftigung nicht angegeben worden.

Der Diagnose nach waren:

Diagnose[2]).	Männer.				Weiber.			
	Rechts	Links	Beiderseits	In Summa	Rechts	Links	Beiderseits	In Summa
Fistula auris congenita	—	—	—	—	—	—	2	2
Missbildung der Ohrmuschel	—	—	—	—	—	1	—	1
Neugebilde der Ohrmuschel	—	1	—	1	1	1	—	2
Künstliche Oeffnung an der Ohrmuschel	—	—	—	—	1	—	—	1
Acute nässende Flechte der Ohrmuschel	4	2	1	7	3	4	5	12
Chron. nässende Flechte der Ohrmuschel	2	—	—	2	—	3	4	7
Othaematoma	1	2	—	3	—	—	—	—
Ohrenschmalzansammlung	90	93	280	463	71	69	182	322
Fremdkörper im äusseren Gehörgange	14	16	—	30	14	14	—	28
Umschriebene Entzündung des äusseren Gehörganges	43	30	18	91	36	20	4	60
Diffuse Entzündung des äusseren Gehörganges	19	23	18	60	14	22	10	46
Parasitäre Entzündung des äusseren Gehörganges	3	1	3	7	1	1	1	3
Acute nässende Flechte des äusseren Gehörganges	4	4	2	10	1	3	6	10
Chronische nässende Flechte des äusseren Gehörganges	2	2	1	5	—	1	—	1
Bläschenflechte des äusseren Gehörganges	—	—	—	—	1	1	—	2
Hautjucken (Pruritus) des äusseren Gehörganges	—	—	—	—	—	—	4	4
Verengerung des äusseren Gehörganges	—	2	—	2	1	1	—	2

[2]) In diesem Berichte sind die Kranken nur mit derjenigen Krankheit aufgenommen, welche Gegenstand unserer Behandlung war

Digitized by Google

Diagnose.	Männer.				Weiber.			
	Rechts	Links	Beiderseits	In Summa	Rechts	Links	Beiderseits	In Summa
Verschluss des äusseren Gehörganges	3	2	—	5	—	3	—	3
Exostosis des äusseren Gehörganges	1	2	1	4	—	—	—	—
Excoriationen des Trommelfelles	1	1	—	2	2	—	—	2
Traumatische Ruptur des Trommelfelles	2	13	—	15	1	4	2	7
Acute Entzündung des Trommelfelles	5	5	—	10	—	2	—	2
Narben des Trommelfelles	56	30	40	126	40	26	24	90
Atrophie des Trommelfelles	3	1	7	11	2	4	2	8
Kalkablagerung im Trommelfelle	17	13	7	37	6	10	4	20
Trockene Perforation im Trommelfell	26	20	8	54	5	10	6	21
Zerstörung des ganzen Trommelfelles	11	2	10	23	4	6	9	19
Acute catarrhal. Mittelohrentzündung	60	70	92	252	60	66	54	180
Chronische catarrhalische Mittelohr-Entzündung	83	48	660	831	53	56	367	476
Plastische Mittelohrentzündung	6	18	115	139	8	6	85	99
Plastische Mittelohrentzündung mit Labyrinth-Affection	2	1	5	8	—	—	2	2
Acute eiterige Mittelohrentzündung	90	70	40	200	62	60	40	162
Chronische eiterige Mittelohrentzündung	159	152	179	490	69	58	110	237
Chronische eiterige Mittelohrentzündung mit Polypenbildung	40	23	16	79	18	14	5	37
Caries und Necrose des Schläfenbeines	5	6	4	15	1	8	2	11
Periostitis mastoidea	4	5	1	10	2	3	—	5
Labyrinth-Affection	3	8	24	35	2	5	13	20
Nervöses Ohrtönen	1	1	4	6	1	—	6	7
Doppelhören (Diplacusis)	—	—	1	1	—	—	—	—
Taubstummheit	—	—	28	28	—	—	32	32
Rhinitis	1	—	3	4	1	1	8	10
Tonsillitis	—	—	2	2	—	—	—	—
Hypertrophia tonsillaris	—	—	3	3	—	—	5	5
Ozaena	—	—	1	1	—	—	2	2
Polypus nasi	—	—	1	1	2	—	2	4
Adenoide Vegetationen im Rachen	—	—	3	3	—	—	2	2
Summa:	3075				1965			
	5040							

Neugebilde der Ohrmuschel.

Von den drei Fällen zeigte einer eine Warze am Rande der Muschel; die Neubildung wurde mit der Scheere weggenommen und der Wundrand mit Lapis touchirt. Heilung in wenigen Tagen.

Der zweite Fall war ein Atherom am Lobulus. Die Ausschälung gelang sehr leicht. Die Heilung erfolgte in kurzer Zeit.

Der dritte Fall betraf eine 52 Jahre alte Patientin mit einem wallnussgrossen Fibrome an der hinteren Fläche der Ohrmuschel. Die Haut über der Geschwulst war leicht verschieblich, sehr dünn, von zahlreichen Venen durchzogen. Der Tumor selbst konnte ebenfalls, wenn auch nur in geringem Maasse, nach allen Richtungen verschoben werden. Das Hörvermögen der Patientin war nahezu normal, die beiden Trommel-

Digitized by Google

felle zeigten keinerlei erheblichere Veränderung. Die Operation, bei welcher ein Stück der deckenden Cutis weggenommen wurde, ging sehr leicht von Statten. Darnach wurde die Wundhöhle desinficirt, die Wundränder durch Naht vereinigt und mit Jodoformgaze verbunden. Der Verlauf der Wundheilung war ein sehr günstiger. Nach einem einmaligen Verbandwechsel erfolgte Heilung mit Zurücklassung einer schönen linearen Narbe.

Othaematoma.

Bei einem der drei Kranken, es war ein 6 Jahre alter Knabe, hatten wir es mit einem vor einem Jahre entstandenen traumatischen Othaematoma zu thun. Der Knabe hatte sich ein Jahr früher durch Auffallen auf eine Tischkante am linken Ohre eine Verletzung zugezogen, nach welcher eine Deformität an der Ohrmuschel zurückblieb, die bei Einwirkung von Kälte oder eines anderen Reizes schmerzhaft wurde und dabei anschwoll. Bei der Untersuchung zeigte sich an der oberen Hälfte der Ohrmuschel ein circa wallnussgrosses, derbes, mit entzündeter Cutis bedecktes fibröses Neugebilde, wie es gewöhnlich nach schlecht geheilten Othaematomen zurückbleibt. Es gelang in diesem Falle durch energische Wärmeentziehung die Entzündungserscheinungen, deren wegen Pat. Hilfe suchte, zu beseitigen und die Geschwulst wesentlich zu verkleinern.

(Fortsetzung folgt.)

Ueber die Influenzabacillen bei Otitis media. Von Dr. Arno Scheibe. (Münchener Medic. Wochenschrift No. 14, 1892.)

Die auffallende Häufung von Mittelohrentzündungen mit besonderen Symptomen während der Influenza-Epidemie veranlasste schon vor zwei Jahren den Verfasser, im Ohre den Erreger der Influenza zu suchen. Er fand damals in allen frischen Fällen Bacillen von verschiedener Grösse und Gestalt, zumeist frei im Serum liegend, in um so grösserer Menge, je schneller der Ausbruch der Otitis dem der Influenza gefolgt war, im weiteren Verlaufe meist an Zahl rasch abnehmend. Nur die absterbenden Formen wurden durch das Gram'sche Verfahren entfärbt. Bei der genuinen Otitis media purulenta fehlten die Stäbchen. Dieselben Erfahrungen wiederholten sich während der diesjährigen Influenza-Epidemie. Diese Thatsachen, sowie der Umstand, dass die beschriebenen Stäbchen sich nicht nach den gewöhnlichen Methoden züchten liessen, spricht für ihre Identität mit den Influenza-Bacillen von Pfeiffer, Kitasato und Cauon. Die von jenen gezüchteten Influenza-Bacillen werden zwar als viel kleiner beschrieben, doch sah Sch. auch Präparate aus Reinculturen, welche Stäbchen von derselben Grösse wie die seinigen zeigen, welche er wegen der bei stärkerer Vergrösserung sichtbaren Einschnürungen für Degenerationsformen hält. Das schnelle Zustandekommen derselben wird daraus erklärt, dass die Otitis nicht während, sondern erst nach der Höhe der Allgemeininfection auftritt.

Dr. Hitschmann.

Digitized by Google

b) Rhinologische:

Beiträge zur normalen und pathologischen Histologie der Nasenschleimhaut. Von Dr. Hermann Suchanek, Privat-Docent in Zürich. Mit einer Abbildung. (Anatom. Anzeiger, VII. Jahrgang [1892], No. 2.)

A. Ueber eosinophile, geblähte Drüsenzellen beim Menschen.

In der Regio olfactoria und respiratoria existiren Drüsenzellen, welche um die Hälfte oder sogar noch einmal so gross, als die gewöhnlichen ruhenden Zellen, in ungefärbtem Zustande leicht gelblich, fein gekörnt und empfindlich gegen saure Anilinfarbstoffe sind. Charakteristisch für sie ist die Lage des Kernes im Centrum oder in der oberen Hälfte der Zelle. Ist die Körnung undeutlich, so macht sie die Behandlung mit alcohol-wässriger Eosin- oder Congolösung evident. Die Zellen geben weder Mucin-, noch Amyloidreaction, sind resistent gegen Wasser, Alcohol und fettlösende Medien.

Sie fanden sich in der Tunica propria, dem Epithel des Ausführungsganges, sogar einmal im Epithel einer Einbuchtung der Mucosa. Trotz der Volumszunahme bleibt die Form der Cylinder- resp. Flimmerzellen unverändert. Da Verf. diese Blähung bei Rhinitis chronica, Ozaena gen., Lupus, polypoider Degeneration, echter Schwellkörperbildung und an mikroskopisch fast unveränderten Stellen fand, möchte er über die Dignität der Zellen noch kein Urtheil aussprechen.

B. Pigmentirte menschliche Bowman'sche Drüsen.

Trotz einer grösseren Anzahl untersuchter Fälle wurde mir zwei Mal in einigen Tubulis ausgesprochenes, goldgelbes, körniges Pigment beobachtet, und zwar einmal in einer makroskopisch gesunden Schleimhaut eines an Meningitis traumatica in den dreissiger Jahren stehenden, dann in einer hyperämischen Schleimhaut eines 58jährigen, an Typhus gestorbenen Mannes.

Verf. hält diese, von ihm an den peripheren Enden der Stützzellen älterer Leute öfter constatirte Pigmentirung für eine frühzeitige Alterserscheinung.

C. Ueber zellige Einschlüsse in acinösen und tubulösen Drüsen.

Bei Rhinitis chronica finden sich im Lumen der Tubuli der Schleimdrüsen in der Regio olfactoria nur selten Mucinballen oder streifige, die Hämatoxylinreaction gebende Secretmassen, in der Regio respiratoria dagegen sehr häufig. Dort findet man auch oft geformte Elemente, namentlich bei Ozaena und hartnäckigen Rhinitiden, und zwar zumeist Leukocythen aus dem adenoiden Gewebe der Umgebung, worauf die Kernformen hinweisen. Andere, die Lumina der Tubuli erfüllende Zellklumpen scheinen, nach den Kernen zu schliessen, dem Drüsenepithel zu entstammen, in noch anderen Einschlüssen kann man ein Lumen erkennen, sodass gewissermassen ein Alveolus in alveolo zu Stande kommt. In der schnellen Regeneration des in toto abgestossenen Epitheles eines Tubulus findet Verf. den Hauptunterschied der acuten Rhinitis gegenüber, die mit der Desquamation einzelner Drüsenzellen einhergeht.

Digitized by Google

D. Ueber Metaplasien des Nasenschleimepitheles.

Die pathologischen Epithelmetaplasien sind die Reaction des Epithels auf häufige Reize. Das so vielen Insulten durch Fremdkörper und Microorganismen ausgesetzte Flimmerepithel der Nasenschleimhaut wird darum selbst in anscheinend gesunden Nasenhöhlen oft verändert gefunden.

Im Anschlusse an frühere Arbeiten über die Umwandlung des menschlichen Riechepitheles in respiratorisches und über die primäre Atrophie der Riechzellen wird mitgetheilt, dass die Metaplasie des Epitheles in der Regio respiratoria meist mit Vermehrung der untersten Zelllagen, mit Verwandlung der Basal- und Ersatzzellen in spindelförmige oder in kubische oder polygonale Gebilde beginnt. Durch Druck der umgewandelten Zellen bleiben von den Flimmer- resp. Cylinderzellen nur Reste in Form einer auf dem senkrechten Durchschnitte dreieckigen, kernhaltigen Zelle übrig, welche ihre Flimmern verliert, sich in die Breite streckt und so zur platten Zelle wird. Dr. Hitschmann.

Beitrag zur Frage von der Specificität der Zellen in der thierischen und menschlichen Riechschleimhaut. Von Privatdocent Dr. Hermann Suchanek in Zürich. (Anatomischer Anzeiger VI. Jahrgang [1891], No. 7.)

Die vor Jahren von S. Exner aufgestellte und jüngst von Preobaschensky gestützte Lehre von der Gleichwerthigkeit der bisher scharf unterschiedenen Stütz- und Riechzellen in der Riechschleimhaut wird auf Grund folgender Thatsachen angefochten.

Trotz Anwendung verschiedener Darstellungsmethoden (die von Ehrlich und von Golgi sind ausgenommen) konnte Verfasser keinen Zusammenhang zwischen Epithelzellen und Nervenendigungen constatiren.

Vom vergleichend-anatomischen Standpunkte aus wird geltend gemacht, dass gerade bei den mit Geruchsschärfe begabten Säugethieren die Riechzellkernzone mehr als doppelt so stark wie bei dem viel geruchsstümpferen Menschen entwickelt ist.

Chemisch unterscheiden sich die Riechzellen von den Stützzellen dadurch, dass erstere bei allmähliger Temperaturerhöhung viel früher ihr Absterben durch mangelhafte Tinctionsfähigkeit kundgeben.

Bei primärer Atrophie der Riechschleimhaut nimmt nur die Zahl der Riechzellen bis zum völligen Schwund ab.

Bezüglich der Kenntniss der normalen Riechschleimhaut ist zu bemerken 1) dass auf eine gleichmässige Vertheilung des Sinnesepithels beim Erwachsenen nicht mehr zu rechnen sei, 2) dass sich dasselbe durch einen breiten glasigen peripheren Protoplasmasaum, 3) durch Pigmentation der peripheren Enden der Stützzellen und 4) durch die Anwesenheit der vom Verfasser entdeckten „Glockenzellen“ auszeichne. Der Befund dieser Glockenzellen, so wie der characteristischen oft pigmentirten Stützzellen kennzeichnet die, wenn auch atrophische Regio olfactoria, selbst nach dem zu Grunde gehen aller Riechzellen. Dr. Hitschmann.

Digitized by Google

Zufälle, nach Nasenoperationen eintretend. (Des accidents qui arrivent à la suite des opérations intranasales.) Von Dr. M. Lermoyez. (Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 2, 1891.)

In Anbetracht des Gefässreichthums und der zahlreichen, sich in der Nase befindenden Microben sind diese Zufälle relativ nicht selten. Selbe können infectiöser Natur sein (diffuse Rhinitis, submucöser Abscess, Diphtheritis der Wunde, Conjunctivitis, Otitis media, Amygdalitis, Meningitis, Arthritis, Pyohämie, operative Scarlatina), oder sie sind nervöser Art (Neuralgie, Migräne, Schwindel, Ohnmacht, Asthma, Sehstörungen, Spasmus glottidis, Morbus Basedowi, Depression), oder sie sind mechanischer Art (Blutung, bleibende rothe Nase). Dr. P. K.

c) Pharyngo-laryngologische:

Ueber Pharynxparästhesie. (De la paresthésie du pharynx.) Von Dr. Brébion. (Congrès international d'otol. et de laryngologie. Paris, September 1889.)

Meist die Folge von Nasalleiden; Verf. giebt ein neues Beispiel als Beleg. Boucheron glaubt, es sei meistens ein Rheumatismus der glatten Muskelfasern des Pharynx, welcher diese Gefühle hervorbringe. Hicquet behauptet, die Ursache der Parästhesie sei in dem Bestehen der Pharyngitis lateralis zu suchen. Dr. P. K.

Rundes Pharynxgeschwür (Ulcère rond du pharynx.) Von Dr. Henrot. (Société médicale de Reims und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1891.)

Ein dem runden Magengeschwür ganz ähnliches sass am Pharynx, heilte auch durch einfache Expectation. Dr. P. K.

Infectiöse Pharynxphlegmone. (Phlegmon infectieux du pharynx.) Von Dr. Culot. (Société médicale des hôpitaux de Paris und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1891.)

Schneller Verlauf, Todesgefahr (39 Grad Fieber, Albuminurie, Dyspnoe), Auswurf fötiden Eiters. Recidive, Lebensgefahr von Neuem, Eröffnung in der Regio subclavicularis, Heilung. Dr. P. K.

Halsweh in Wellington College. (Wellington college sore-throat.) Von Dr. Barford. (Lancet 1892, pag. 275 u. 716.)

Verf. unterscheidet zwei Formen der Krankheit, die eine die diphtherische, die andere die septicämische. Letztere stellt er zusammen mit dem früher oft beobachteten Hospital sore-throat, welcher gewöhnlich ein Vorläufer von Erysipel war. Beide finden nach Verf. ihre Ursache in Infectionen, welche in einem benachbarten Thal z. B. aufgefangen wurden. Zwei Personen welche dort gefrühstückt hatten, bekamen Diphtherie, eine andere aus demselben Platz eine schwere Septicämie des ganzen Körpers. Drei Personen bekamen in einer sonst ganz freien Zeit Diphtherie in der Anstalt. Es fand sich, dass sie alle drei in einer bestimmten Ecke eines Zimmers längere Zeit zu thun hatten. In der Ecke wurde nachgeforscht und eine fehlerhafte Drainageröhre gefunden.

Digitized by Google

(Derartige Fälle werden ja aus England immer und immer wieder berichtet. Es lässt sich nicht leugnen, dass diese Beobachtung ein grosses practisches Interesse hat, sei es nun, dass die Krankheitskeime direct da aufgesammelt werden, sei es, dass solche Ausströmungen der Canäle den Organismus so schwächen, dass die Keime leichter Eingang finden. Ref. hat auch einige Fälle gesehen, welche sehr für die englische Ansicht sprechen. Sicher ist aber, dass es auch sehr viele giebt, in welchen eine solche Dispositions- oder Infectionsursache nicht nachzuweisen ist.) Dr. M. Schm.

Eingebildete Fremdkörper im Halse. (Imaginary foreign bodies in the throat.) Von Dr. Max Thorner (Cincinnati). (New-York med. Journ. 1890, 25. Jan.)

Verf. unterscheidet drei Arten: 1) Wenn ein Fremdkörper, der in den Hals gerathen, dort eine Empfindung seiner Anwesenheit zurücklässt, 2) wenn eine pathologische Veränderung im Halse Anlass zu der Empfindung giebt, 3) wenn die Empfindung der Ausdruck einer entfernteren Ursache ist und keine der eben genannten Ursachen vorhanden ist. In dem ersten Falle muss man sich durch eine genaue Untersuchung vergewissern, dass der Fremdkörper nicht mehr vorhanden ist, denn die Fälle, dass man ihn nicht finden kann, sind sehr selten. Die zweite Art ist oft abhängig von den Mandeln, Concretionen in denselben, von der Tonsilla lingualis etc. Auf die Entstehung der dritten Art haben Verdauungsstörungen und Neuralgien, durch verschiedene Ursachen hervorgerufen, einen grossen Einfluss. Da die Erkrankung die Befallenen oft zur Melancholie treibt, so hält Verf. eine unschuldige Täuschung der Kranken für erlaubt. So hat er in einem Fall, in welchem der Kranke behauptete, dass er einen Knochen in dem hinteren Theil der Nase habe, demselben gesagt, dass er ihm eine den Knochen auflösende Arznei geben wolle und dann mit Bromkali Heilung erzielt.

Dr. M. Schm.

Syphilitisches, perforirendes Geschwür der hinteren Rachenwand; Anfressen der Carotis interna. Tod. (Ulcération syphilitique perforante de la paroi postérieure du pharynx. Ulcération de la carotide interne. Mort.) Von Dr. Raulin. (Annales de policlin. de Bordeaux und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 2, 1891.)

Mangelhafte antisyphilitische Behandlung; plötzlicher Tod.

Dr. P. K.

Einfluss der Physiologie auf die Gesanglehre. (De l'influence de la physiologie sur l'enseignement du chant.) Von Dr. Nuvoli. (Congrès international d'otol. et de laryngol. Paris, September 1889.)

Der Gesang ist die Resultante dreier Functionen, welche einzig und allein von Muskelbewegungen abhängen. Will man künstlerisch einen oder mehrere dieser Muskeln gebrauchen, so muss man lernen, diese Muskelbewegungen zu coordiniren, um einen unnützen Aufwand von Kräften zu vermeiden. Es entstehen wirkliche Krämpfe, wenn man die Muskeln nicht regelrecht erzieht; diese Muskelcontractionen müssen zu diesem Zwecke vereinfacht, zertheilt, verbessert und dem Willen unter-

Digitized by Google

worfen werden. Die 3 Apparate der Stimme, nämlich das Ansatzrohr (Mund und Pharynx — Articulation), der Larynx (Bildung der Töne) und der Respirationsapparat (Thorax und Lungen; Gebläse) müssen ausgebildet werden. Zuerst muss der Mundrachenraum dem Instincte entzogen und dem Willen unterworfen werden. Man muss diesen Raum für jeden Ton anders gestalten, jeder Ton muss der Reihe nach mit der ganzen Serie der Vocale gesungen werden. Bei der Erziehung des Larynx muss man die Töne rein hervorbringen, man muss selbe unter einander verbinden und sie richtig, in Bezug auf ihre Höhe, erhalten; in Bezug auf die Variationen muss man die Tonleiter und ihre Intervallen richtig einhalten; dabei muss die Erziehung des Mundrachenraumes auf der Höhe ihrer Ausbildung erhalten bleiben. Drittens muss man die Inspirationen und die Exspirationen bemessen; die Exspiration wird verlängert, um den Ton zu verlängern und anzuhalten; sie wird verstärkt, um den Ton zu verstärken. Das Inspirium zu verlängern, ist viel schwieriger. Dr. P. K.

Eintheilung der Sprachstörungen. (Classification des troubles de la parole.) Von Dr. Chervin. (Congrès international d'otologie et de laryngologie, September 1889.)

Die Sprache kann mit einer telegraphischen Depesche verglichen werden: Man muss wissen, was man telegraphirt; man muss mit einander in Verbindung stehende Transmissionsapparate besitzen; drittens muss man einen guten Einregistrirungsapparat haben. Verfassers Eintheilung beruht auf der Physiologie: 1) man muss denken, das heisst die Ideen ausarbeiten; hier können die Störungen permanent sein (Idiotismus, Geisteskrankheiten) oder vorübergehend (Zorn, Aengstlichkeit, Gemüthsbewegung); 2) Uebertragung der Ideen zu den Organen, welche zusammensetzen und die Ideen coordiniren; hier können organische Störungen vorhanden sein (Aphasie, Worttaubheit, Wortblindheit, Agraphie) oder nicht nachweisbare (Stottern); 3) Articulation der Worte durch den Phonationsapparat; hier können organische Läsionen vorhanden sein (Hasenscharte, Fehlen der Zunge, Lähmung des Mundes, Spaltung des Gaumens) oder blos nicht nachweisbare Functionsstörungen (Lispeln mit seinen Abarten). Dr. P. K.

Zur Lehre der primären Neuritis des Recurrens. (Contribution à l'étude des névrites primaires du tronc du recurrent.) Von Dr. Massei. (Congrès internat. d'otol. et de laryngol. Paris, Septbr. 1889.)

Charcot, Friedreich und Vulpian haben deren Bestehen bewiesen. Motilitätsstörungen der Stimmbänder und Fehlen centraler Erkrankungen oder solcher, welche die Recurrentes drücken können, sind die Hauptbedingungen, will man eine Neuritis diagnosticiren. Die Folgen einer Neuritis lassen sich im Spiegel sehen; man sieht dann, dass sie verschiedener Natur sein können Dr. P. K.

Digitized by Google

Ueber Diphtheritis. (De la diphthérie.) Von Dr. J. Simon. (Bulletin médical und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 2, 1891.)

Das Aufsuchen des Klebs'schen Bacillus ist für die Diagnose von der grössten Wichtigkeit; er verlangt besondere Laboratorien zu diesen Untersuchungen. Ref. stimmt Verf. bei. Dr. P. K.

Diphtherie, verursacht durch eine fehlerhafte Drainage. (Diphtheria arising from faulty drainage.) Von Dr. H. Mallins. (Lanc. 1892, 12. März.)

Verf. erzählt den Fall eines 10jährigen Jungen, welcher sonst keiner Ansteckung ausgesetzt war und der in einem Zimmer schlief, welches mit einer Abtrittsgrube durch eine fehlerhafte, zerbrochene Drainageröhre direct im Zusammenhang war. Es erkrankte kein weiteres Glied der Familie. Dr. M. Schm.

Uebertragen der Diphtheritis von der Taube auf den Mann und von diesem auf das Kind. (Propagation de la diphthérie du pigeon à l'homme et de l'homme à l'enfant.) Von Dr. Bilhaut. (Bulletin de la société de médecine de Paris und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1891.)

Diese Contagiosität ist bewiesen, obgleich die Microben nicht ebendieselben zu sein scheinen. Dr. P. K.

Der Schlingact und seine Beziehungen zum Kehlkopfe. Von Dr. Leop. Réthi in Wien. (Sitzungsber. der Kaiserl. Academie der Wissenschaften in Wien, mathem.-naturw. Classe, Bd. C, Abth. III, October 1891.)

Exner hat die Thatsache verzeichnet, dass Kaninchen mit doppelseitiger Durchschneidung der Nervi laryngei medii nicht am Leben erhalten werden können. Die Erklärung hierfür zu geben, hat R. veranlasst, äusserst mühevolle und sinnreiche Untersuchungen und Versuche an Menschen und Thieren anzustellen, welche sich insbesondere auf das Verhalten des Kehldeckels, der Arytänoidknorpel und des unteren Rachenabschnittes, sowie des retropharyngealen Zellgewebes während des Schlingactes beziehen, und kommt er nach ausführlicher und eingehender Erwähnung und Würdigung der Ansichten, Erfahrungen und Experimente der Autoren älterer, neuerer und neuester Zeit zu folgenden Resultaten: Die Schluckmasse wird, nachdem ihr der Weg nach vorne durch Andrücken der Zungenspitze an den Gaumen abgesperrt ist, durch die Thätigkeit der Mm. mylohyoidei unter hohem Druck nach hinten verdrängt, der weiche Gaumen gehoben, durch die combinirte Bewegung des M. levator palati mollis und des M. palato-pharyngeus an die, in Folge der Contraction des M. constrictor pharyngis super. nach vorne vorspringende hintere Rachenwand angedrückt und der Nasenrachenraum luftdicht vom Schluckcanal abgesperrt. Der Kehlkopf wird nach vorne und oben gehoben, die Zunge durch die Thätigkeit der Mm. hyoglossi nach hinten unten gezogen, in Folge dessen der untere Theil der Epiglottis auf den Kehlkopfeingang niedergedrückt, während überdies der Bissen den Rand des Kehldeckels nach unten drängt und der Kehlkopfeingang jedenfalls ohne bedeutende active Betheiligung der Mm. thyreo- und aryepiglottici verschlossen. Die Adductoren des Kehlkopfes, die

Digitized by Google

Mm. cricothyreoidei mit inbegriffen, treten in Function, die Glottis wird geschlossen und die Spitzen der Cartilagines arytänoideae nach vorne geneigt; vorher schon wird die hintere Rachenwand durch die Thätigkeit der Mm. stylo-pharyngei, die oben vom N. stylo-pharyngeus und unten beim Hunde und Kaninchen vom N. laryngeus med. versorgt werden, nicht nur oben, sondern namentlich auch unten, in der Höhe der Arytänoidknorpel nach hinten aussen gegen das lockere, retropharyngeale Gewebe hin ausgebuchtet, und dem Bissen, der unter grossem Druck aus der Mundhöhle nach hinten geschleudert wird, unter Mithilfe der Saugbewegung des Rachens, der Weg hinter dem Vestibulum laryngis gegen den Oesophaguseingang gewiesen, während gleichzeitig ein etwaiger mangelhafter Verschluss des Kehlkopfeinganges durch die Aspiration und die Entfernung des Inhaltes aus demselben unschädlich gemacht wird. Diese Druckverminderung, der die Ablenkung des Bissens vom Kehlkopfe nach hinten zum Theile zu verdanken ist, trägt nebst den anderen Schutzvorrichtungen, wie Verschluss des Kehlkopfeinganges, der Glottis, Sensibilität der Kehlkopfschleimhaut und Unterbrechung der Athmung während des Schlingens, wesentlich dazu bei, den Organismus vor den Gefahren des Verschluckens zu schützen. Hierauf folgt dann die peristaltische Bewegung des Pharynx, durch welche zurückbleibende Speisereste in den Magen befördert werden.

Dass die Durchschneidung der beiden Nervi laryngei medii eine tödtliche Verletzung bildet, findet in dieser Weise seine Erklärung.

Beschorner.

Totale Kehlkopfexstirpation und Resection des Oesophagus wegen Carcinoma laryngis. Oesophagoplastik. Ein neuer Sprechapparat. Von Hochenegg. (Wiener klin. Wochenschrift No. 193.)

Bei einem 54jährigen Brauer hatte sich eine rasch wachsende Geschwulst an der rechten Halsseite gebildet, die sich der lateralen Seite des Kehlkopfes anlagerte. Die laryngoscopische Untersuchung ergab ausserdem, dass die rechte Aryfalte, das rechte Stimm- und Taschenband von einem kleinhöckerigen, weisslichen Tumor eingenommen waren. Da es sich offenbar um Carcinom des Larynx mit carcinomatöser Infiltration der tiefen Halslymphdrüsen handelte, so wurde zunächst die Exstirpation der letzteren ausgeführt, wobei 6 Ctm. der Jugularis interna und der rechte Schilddrüsenlappen, die verwachsen waren, resecirt wurden. Bei der sich gleich anschliessenden Kehlkopfresection musste noch die rechtsseitige Wand des unteren Theiles des Pharynx und des oberen Theiles des Oesophagus in 4 Finger Breite mitentfernt werden, so dass als Verbindung des Pharynx mit dem Oesophagus nur ein 8 Ctm. breiter Schleimhautstreifen übrig blieb. Zur Bildung eines neuen Oesophagus schlug Verf. die beiden seitlichen Hautlappen an die Wunde und vernähte sie sowohl mit der Durchtrennungsfläche des Pharynx und des Oesophagus, als auch mit den Rändern des Schleimhautstreifens. Späterhin schritt Verf. zum zweiten Akt der Oesophagoplastik und führte den definitiven Verschluss der Speiseröhre und die Bildung der vorderen Speiseröhrenwand aus. Um nun Pat. das Sprechen zu ermöglichen, bestand die Aufgabe, die zum Sprechen nöthige Luft von aussen gegen die unteren Theile der Mundhöhle zu leiten und an dem diesen Zweck erfüllenden Schlauch eine Sprech-

Digitized by Google

pfeife anzubringen. Zu diesem Zweck liess Verf. einen Blasebalg construiren, welchen der Pat. an seiner linken Thoraxseite anschnallt und durch gleichmässiges Abduciren des Oberams füllt, durch Andrücken an den Thorax entleert. Vom Blasebalg gelangt die Luft nach oben durch einen Schlauch, an dessen Ende die Sprechpfeife angebracht ist. Dieser wird, will Patient sprechen, an ein durch die rechte Nasenhöhle durchgeführtes Rohr angesteckt, dasselbe führt bis an das Niveau des weichen Gaumens. Beim Sprechen wird nun der durch Abduction des Armes gefüllte Blasebalg durch die Adduction desselben entleert, wodurch die Sprechpfeife zum Ertönen gebracht, der Ton durch das Rohr in die Nase gegen die hintere Parthie der Mundhöhle geleitet und von da bei gleichmässiger durch Zunge und Lippen geleisteter Wortbildung aus dem Munde herausgetrieben wird. Pat. war im Stande, mit diesem Apparat laut und vernehmlich Worte auszusprechen. W. Lublinski.

Klinische Vorlesungen über die Verengerungen der Speiseröhre mit 14 erläuternden Fällen, in welchen viermal die Gastrotomie mit Erfolg gemacht wurde. (Clinical lectures on stricture of the oesophagus with fourteen illustrative cases in four of which gastrotomy was successfully performed.) Von Dr. David Newmann (Glasgow). (Lancet, 2. und 9. Januar 1892.)

Die Schwierigkeit in der Diagnose ist vorhanden in Fällen von Aneurysma der Aorta, mediastinalen Tumoren, vergrösserten Lymphdrüsen, Exostosis oder Krümmungen der Wirbelsäule, da diese auch durch Druck oder, indem sie Verdrehung der Speiseröhre bewirken, erhebliche Beschwerden beim Schlucken machen können. Verf. unterscheidet 4 Arten von Stricturen: die durch maligne Neubildung, durch gutartige Tumoren, die organische und die spasmodische. Unter 510 Fällen waren 40 pCt. zwischen 45 und 55 Jahre alt, und nur 10 pCt. Frauen. Langdauernde Reizungen an den engeren Stellen durch das Schlucken grösserer Brocken sind ätiologisch wichtig. Deshalb finden sich die Carcinome auch besonders dicht unter dem Kehlkopf, wo die Speiseröhre eine engere ist, und an der Kreuzungsstelle mit der Aorta hinter der Bifurcation der Trachea und beim Durchtritt durch das Zwerchfell. Harte Carcinome, Scirrhus können sehr lange bestehen, ohne das Leben zu gefährden. Weiche haben einen acuten Verlauf. Colloide sind sehr selten.

Bei den in der Höhe der Bifurcation sitzenden Carcinomen tritt die Schluckbehinderung langsam ein. Sein Fall 5 starb unter den Erscheinungen einer inneren Blutung. Die Section zeigte, dass das Carcinom in die Aorta perforirt hatte, und dass eine Blutung in den Magen und den Darm stattgefunden hatte. Bei den an dieser Stelle gelegenen Verengerungen muss man mit dem Sondiren besonders vorsichtig sein, wegen der Nachbarschaft der Aorta. Verf. legt einen grossen Werth auf die Lähmung des Recurrens, welche sehr für Aneurysma spräche. Nach ihm sind 19 von 20 Fällen von Lähmung des Nerven durch Aneurysma bedingt! Deshalb soll man zweifelhafte Fälle als Aneurysma behandeln. Das Hungergefühl verliert sich bei den Kranken nach und nach. Schmerz beim Schlucken findet sich nur bei den hoch oben gelegenen. Er empfiehlt, beim Sondiren mit den dicksten Nummern von Bougies zu beginnen.

Man kann eine narbige Strictur erweitern durch allmählige oder

Digitized by Google

gewaltsame Dehnung, durch die Wirkung von Schwellkörpern (tents), durch Electrolyse und durch innere Oesophagotomie. Man soll nur alle drei Tage oder noch seltener sondiren, nie mit Gewalt. Wenn die Sondirung Schmerzen macht, so soll man ein paar Tage nur durch den Mastdarm ernähren. Bei bösartigen Stricturen führe man eine dünne, weiche Röhre, wo möglich durch die Nase ein und lasse sie liegen, der Kranke fühlt nur 2 Tage die Unbequemlichkeit. Sie braucht nicht bis in den Magen zu reichen, nur durch die Verengerung. Von Zeit zu Zeit nehme man sie für einige Stunden heraus. Er hat bei Carcinomen auch schon weiche kurze Dauercanülen eingeführt und lange liegen lassen. (Die Leyden'schen erwähnt er nicht.) Gewaltsames Erweitern verwirft er, dagegen empfiehlt er Tupelostifte, welche in geeigneter Weise an ein Bougie befestigt sind. Electrolyse soll mit 5 Milliamperes angefangen und höchstens auf 10 gesteigert werden, 10 Minuten lang. Seine Erfahrungen darüber seien noch zu gering. Er verwirft auch die innere Operation als zu gefährlich und unnöthig. Er bespricht dann noch kurz die Oesophagotomie mit Erweiterung der Strictur und die retrograde Oesophaguserweiterung nach Gastrotomie, dann die äussere Oesophagotomie. Besonders zu empfehlen sei sie bei Fremdkörpern in den obersten Theilen der Speiseröhre. Bei Stricturen soll man, wenn dieselben nicht mit einer Sonde passirt werden können, zur Gastrotomie schreiten. Die Exstirpation eines Krebses ist höchstens in dem Falle gestattet, dass der hinter dem Kehlkopf liegende Krebs nur die Schleimhaut ergriffen und keine Drüsen inficirt sind. Die Gastrotomie soll zweizeitig gemacht werden, die Hahn'sche Methode zwischen 8. und 9. Rippe hält er auch für empfehlenswerth.

Sarcom sei sehr selten primär, meist von den Lungen oder dem Kehlkopf oder Struma oder Drüsen secundär. Benigne Tumoren sind auch sehr selten. Es seien Cysten, Fibrome, Adenome, Papillome und . Lipome beschrieben. Er zeigt einen Fall von Myxom. Ein Fall von Papillom, das nur halb so gross war wie eine Traubenbeere, machte erhebliche Beschwerden im Schlucken, weil es so hoch oben inserirt war; tiefere machen nicht solche Beschwerden, da der Oesophagus sich erweitert. Nach dem Schlucken von chemischen oder sehr heissen Tränken tritt zuerst sehr heftiger Schmerz auf, der nachher nachlässt und einem leichteren Schlucken Platz macht, vielleicht für Wochen, und dann kommen erst die Beschwerden vom Vernarben. Die Strictur kann nur eine kurze Strecke des Oesophagus befallen haben oder die ganze Länge. In einem Fall war die Stenose nach 7 Wochen schon so, dass das Einführen von dünnen Sonden auch der Schmerzen wegen unmöglich war. Der Kranke bekam dann 10 Tage Rectalernährung und dann konnte die Sonde Nummer 8 und bald dickere eingeführt werden. Organische Stricturen werden meist leicht durch die Anamnese festgestellt und durch die Abwesenheit von Drüsenschwellungen. (Die sind doch bei Carcinom des Oesophagus recht selten zu finden. Ref.). Syphilis kann durch Gummigeschwülste und Narben zur Stenose führen. Spasmodische Stricturen kommen allein sehr selten vor, mit Verengerungen öfter. Die Kranken sterben zu zwei Dritteln an Erschöpfung, ein Sechstel an Lungengangrän, die Uebrigen an Pleuritis, Peritonitis, ein ganz kleiner Theil an Perforation in das Herz und die Blutgefässe. Dr. M. Schm.

Digitized by Google

Larynxfractur. (Fracture du larynx.) Von Dr. Clarac. (Gazette des hôpitaux und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 2. 1891.)

Am vierten Tage nach dem Unfall starb Patient an hochgradigem Hautemphysem, währenddem man die Tracheotomie ausführte. Die Dyspnoe war erst am vierten Tage aufgetreten; ein Beweis, dass man bei Larynxfractur auch bei nicht bestehender Dyspnoe gleich operiren soll.

Dr. P. K.

Tracheotomie und Laryngotomia intercricothyroidea. (Valeur comparée de la trachéotomie et de la laryngotomie intercricothyroidienne.) Von Dr. J. Charazac. (Congrès internat. d'otol. et de laryngol. Paris, Septbr. 1889.)

Die Tracheotomie beim Erwachsenen ist eine schwere Operation (?), die Laryngotomie im Gegentheile ist eine leichte Operation; letztere soll also vorgezogen werden, wenn man freie Wahl hat. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Die Laryngotomie muss jedes Mal vorgezogen werden, wenn die Region unter den Stimmbändern frei ist und wenn die Krankheit keine Neigung hat, in diese Region überzugreifen. 2) Bei primärem Larynxkrebs soll man lieber die Tracheotomie machen; bei diffusem, die Umgebung des Larynx ergreifendem Krebs macht man besser die Laryngotomie. 3) Bei Narbenstenosen ist die Dilatation leichter und erfolgreicher nach gemachter Tracheotomie; man soll in letzterem Fall also die Tracheotomie ausführen.

Dr. P. K.

INHALT.

I. Originalien: Cohnstädt: Beitrag zur Tuberculose des Labyrinths. — Kuchenbecker: Beitrag zur Aetiologie und Therapie des Empyema Antri Highmori (Schluss). — Meyjes: Ein Fall von geheilter Chorea laryngis. — Schmiegelow: Intubation des Larynx bei acuten und chronischen Stenosen (Schluss). — Ziem: Zu E. Berger's Darstellung der Beziehungen zwischen Augen- und Nasenkrankheiten. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Bericht über die an der k. k. Wiener Universitäts-Klinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Josef Gruber im Jahre 1890 ambulatorisch behandelten Kranken. — Scheibe: Ueber die Influenzabacillen bei Otitis media. — b) Rhinologische: Suchanek: Beiträge zur normalen und pathologischen Histologie der Nasenschleimhaut. — Suchanek: Beitrag zur Frage von der Specificität der Zellen in der thierischen und menschlichen Riechschleimhaut. — Lermoyez: Zufälle, nach Nasenoperationen eintretend. — c) Pharyngo-laryngologische: Brébion: Ueber Pharynxparästhesie. — Henrot: Rundes Pharynxgeschwür. — Culot: Infectiöse Pharynxphlegmone. — Barford: Halsweh in Wellington College. — Thorner: Eingebildete Fremdkörper im Halse. — Raulin: Syphilitisches, perforirendes Geschwür der hinteren Rachenwand; Anfressen der Carotis interna. Tod. — Nuvoli: Einfluss der Physiologie auf die Gesanglehre. — Chervin: Eintheilung der Sprachstörungen. — Massei: Zur Lehre der primären Neuritis des Recurrens. — Simon: Ueber Diphtheritis. — Mallins: Diphtherie, verursacht durch eine fehlerhafte Drainage. — Bilhaut: Uebertragen der Diphtheritis von der Taube auf den Mann und von diesem auf das Kind. — Réthi: Der Schlingact und seine Beziehungen zum Kehlkopfe. — Hochenegg: Totale Kehlkopfexstirpation und Resection des Oesophagus wegen Carcinoma laryngis. Oesophagoplastik. Ein neuer Sprechapparat. — Newmann: Klinische Vorlesungen über die Verengerungen der Speiseröhre mit 14 erläuternden Fällen, in welchen viermal die Gastrotomie mit Erfolg gemacht wurde. — Clarac: Larynxfractur. — Charazac: Tracheotomie und Laryngotomia intercricothyroidea.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Univers. **Wien**	**Dr. N. RÜDINGER** o. ö. Professor der Anatomie an d. Universität **München**	**Dr. v. SCHRÖTTER** o. ö. Professor und Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität **Wien**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXVI. **Berlin, Juni 1892.** **No. 6.**

I. Originalien.

Ein bei der operativen Eröffnung des Warzenfortsatzes vorgekommenes seltenes Verhältniss

(gleichzeitige Eröffnung des Processus condyloideus des Hinterhauptbeines).

Von

Dr. **Geza Krepuska** in Budapest.

Die operative Eröffnung des Warzenfortsatzes — wie immer dieselbe auch schon benannt wurde — kann eher den atypischen Operationen zugezählt werden, nicht nur weil die Operationsmethode sich nach den Indicationen ändern kann, sondern auch weil bei jeder einzelnen Operation das eine oder andere Extrem der sich zwischen sehr weiten Grenzen bewegenden anatomischen Verhältnisse erreichbar ist; andererseits können die auf solchem schwankenden Boden entstandenen Krankheitsprocesse auch ziemlich störende Umstände hervorrufen. — Ich möchte nun die Geschichte eines von mir beobachteten und operirten Falles mittheilen, wo sich bei der Operation ein ungewohnter und erwähnenswerther Umstand ergab.

J. Sch., 17 Jahre alt, Gelbgiesser, wurde am 26. Juli v. J. in die dem Herrn Primarius Dr. Béla Székács unterstehende X. Abtheilung

Digitized by Google

des St. Rochus-Spitals aufgenommen. — Diagnose: Typhus abdominalis. — Bei dem Kranken, der vordem nie ein Ohrenleiden hatte, entwickelte sich schon in der ersten Woche des ziemlich schweren Typhus eine eiterige Entzündung der linken Trommelhöhle. — Der damalige Befund lautete: Otitis media suppurativa acuta; — das Trommelfell ist in geringem Maasse injicirt und ein wenig infiltrirt; in der Mitte des Trommelfells unter dem Umbo eine scharfrandige, nadelstichgrosse Perforation; — unbedeutende Schmerzen im Ohre. — Taschenuhr ad concham. — Rechts normaler Befund.

Der Kranke verliess am 13. August nach einem 49tägigen Aufenthalt das Spital, vom Typhus geheilt, aber mit fortbestehendem Ohrenleiden, und wurde am 7. September, mit heftigen Kopfschmerzen behaftet, in die dem Herrn Primarius Fr. Jordan unterstehende Abtheilung wieder aufgenommen. — Der Kranke, den ich am 13. September sah und untersuchte, sah sehr schlecht aus und beschwerte sich über grosse Kopf-, insbesondere aber über Ohren- und Genickschmerzen. Bei dem sonst während der ganzen Zeit fieberlosen Kranken ist, bei einem vernachlässigten und übelriechenden Ohrenfluss, das linke Trommelfell ziemlich injicirt, vorgebaucht und mit lockerem Epithel bedeckt; vom oberen Rande der noch vorhandenen Perforation konnte man eine pfefferkorngrosse, hellrothe, weiche, bewegliche, das Trommelfell zum Theil, die Perforation jedoch vollständig bedeckende Wucherung sehen. In der Gegend des Warzenfortsatzes war eine sichtbare Veränderung nicht zu finden, aber beim Drücken Schmerz, so auch im Genick und in dem betreffenden Halstheile. — Beim Weber'schen Versuche zieht sich der Stimmgabelton in's linke Ohr, auch dann, wenn man die Stimmgabel an den rechten Warzenfortsatz anlegt; der Rinne'sche Versuch fällt links negativ aus. — Uhr ad concham; das rechte Ohr weist keine Veränderung auf. — Der Kranke ist abgemagert, kann weder essen noch schlafen.

Die energische antiphlogistische Behandlung, die Entfernung des Polypen vom Trommelfell, womit die Beseitigung jeder Retention erzielt war, und die antiseptische Reinigung der Trommelhöhle per tubam brachten das erwünschte Resultat nicht; die Schmerzen verblieben, ja wurden sogar grösser, der Warzenfortsatz und besonders die Gegend des oberen Theiles des Sternocleidomastoideus begann anzuschwellen; der Percussionsschall über beiden Warzenfortsätzen zeigte immer deutlichere Unterschiede: auf der rechten Seite war nämlich der Ton hoch und voll, auf der kranken Seite dagegen tief und gedämpft. Der Kranke war fieberlos.

Unter solchen Umständen blieb nichts Anderes übrig, als die operative Eröffnung des Warzenfortsatzes, welchen Eingriff ich auch am 18. September auf der chir. Abtheilung meines Freundes, des Herrn Doc. Dr. J. P. Haberern, vorgenommen habe.

Ich unterlasse die detaillirte Beschreibung der Operation und führe nur an, dass ich nach Abmeisselung der verdickten Corticalis an einige mit Luft gefüllte pneumatische Zellen stiess; erst nach deren Entfernung kamen die übrigen, mit Eiter, Wucherungen und Detritus ausgefüllten Theile des Warzenfortsatzes. — Die kranken Theile wurden theils mit dem Meissel, theils mit dem scharfen Löffel entfernt nicht nur in der Richtung des „Aditus", sondern ich räumte die Höhle des Warzenfort-

Digitized by Google

satzes vollständig aus, von seiner Spitze bis zum Tegmen tympani, von der Corticalis bis zur Vitrea. — Nachdem die Ausspritzung der Höhle durch die Meisselöffnung auf dem Wege der Trommelhöhle nach dem äusseren Gehörgange, sowie auch in der umgekehrten Richtung gelang, wurde die Höhle mit Jodoformgaze ausgefüllt.

Der Kranke, dessen Schmerzen nach dem operativen Eingriffe vollständig aufhörten, erholte sich ziemlich schnell. Bei den Verbandwechseln wurde das Innere des Warzenfortsatzes, insbesondere aber die Gegend des Aditus wiederholt mit oedematösen Granulationen bedeckt gefunden; diese wurden theils ausgekratzt, theils geätzt, so dass ich das Innere des Warzenfortsatzes, obwohl die Trommelfelllücke schon in den ersten Tagen des Novembers vollständig vernarbt war, per tubam durchspülen konnte, was vor der Auskratzung mehrmals nicht gelang.

Die Wunde liess ich erst gegen Ende November zuheilen. — Gegenwärtig ist am Trommelfelle weder von der Perforation noch von Polypen eine Spur; das Trommelfell ziemlich normal, transparent; die Schleimhaut der Trommelhöhle ein wenig hyperämisch; — hinter der Muschel sieht man eine lineare Narbe. — Das Ticken der Taschenuhr wird am erkrankten Ohre 5 Ctm., Flüstersprache 3 Mtr. weit gehört.

Die minder wichtigen Details der einzelnen Phasen der Krankengeschichte weglassend, will ich hier nur jener eigenthümlichen, seltenen Thatsachen gedenken, die mich zur Veröffentlichung dieses Aufsatzes bewogen.

Bei dem am zweiten Tage nach der Operation vorgenommenen Verbandwechsel — als ich das nicht mehr blutende Innere des Warzenfortsatzes mit dem Reflector überblicken konnte, fand ich auf dem hinteren Theil der Vitrea einen mit Granulationen bedeckten und mit der Nachbarschaft theilweise noch zusammenhängenden, spongiösen Sequester. — Nach Entfernung dieses Sequesters in derselben Richtung, d. h. nach „hinten —medial“ und ein wenig nach „unten“ sondirend, konnte ich in eine Tiefe von 4 Ctm. dringen, und zwar in eine rauhwandige Höhle, welche mit Granulationen und Detritus ausgefüllt war.

Dieses Ereigniss war jedenfalls ungewöhnlich, weil der Warzenfortsatz in seinem Latero-medial-Durchmesser kaum 2 Ctm. erreicht; nach den Messungen von Bezold variirt derselbe zwischen 2—17 Millimeter und beträgt durchschnittlich 15 Millimeter, nach Giovanni Zoja 13 Millimeter (J. Gruber: „Lehrbuch der Ohrenheilk., pag. 27). — Man musste daher im gegebenen Falle eine anatomische Varietät oder eine ungewohnte pathologische Veränderung annehmen.

Denn entweder gelangte ich in die Incisura mastoidea und weiterhin an die äussere Oberfläche des Hinterhauptbeines durch den Körper des Warzenfortsatzes — in welchem Falle ich nach innen Knochen, nach aussen hingegen weiche Theile hätte finden müssen —, oder es hatte die Caries auch die Vitrea zerstört, wodurch nach Entfernung des Sequesters die Schädelhöhle geöffnet wurde, und so konnte man mit der Sonde in solche ungewohnte Tiefe und Richtung gelangen, in welchem Falle unter anderen Symptomen ich nach innen weiche Theile und nach aussen Knochen hätte finden müssen. Die Sonde berührte jedoch überall Knochen, obwohl sie sich in einem weiten Canal fortbewegte, was nur so erklärt werden kann, wenn wir annehmen, dass in diesem Falle das Hohl-

Digitized by Google

raumsystem des Warzenfortsatzes nicht nur mit dem sich unter und hinter dem knöchernen Labyrinthe befindlichen gleichartigen Hohlraumsysteme der Pyramide, sondern durch dessen Einschaltung auch mit dem Condylus resp. Processus jugularis in Communication stand; und weiterhin ist dies nur so möglich, wenn sich zwischen der Corticalis und Vitrea der betreffenden Knochentheile eine enorm verdickte Knochensubstanz befand, die durch ihre Verbindung mit dem Hohlraumsysteme des Warzenfortsatzes in Mitleidenschaft gezogen wurde, wodurch auch hier Entzündung, Caries und Necrose eingetreten sind.

Im Hinblick auf die Daten Hyrtl's (Fr. Merkel's Handb. der topograph. Anatomie, pag. 561), welcher unter 600 zu diesem Zwecke untersuchten Schädeln nur bei dreien das Hohlraumsystem des Warzenfortsatzes mit dem gleichartigen des Condylus ossis occipitis in unmittelbarer Communication fand, kann es uns nicht wundern, dass dieses Verhältniss bei der operativen Eröffnung des Warzenfortsatzes nur sporadisch und selten vorkommen kann[1]). Indem jedoch derlei Fälle immerhin auftreten können, wo die Verkennung oder Nichterkennung der Verhältnisse für den Kranken ganz und gar nicht gleichgiltig wäre, ist es nothwendig, während der Operation auch mit dieser Möglichkeit zu rechnen, da gegebenen Falls die Operationsmethode die Aenderung erleiden müsste, dass bei gehörigem Ausräumen des Warzenfortsatzes nicht nur in der horizontalen Ebene nach vorne innen, sondern auch in der verbotenen Richtung nach hinten innen zu meisseln und zu löffeln wäre.

* * *

Da ich den vorgeführten Fall nicht nur klinisch beobachtete und behandelte, sondern mich auch mit der auf das ätiologische Moment des Ohrenleidens Bezug habenden Frage befasste, wünsche ich noch das Resultat dieser Forschung — obwohl man es eher negativ nennen kann — bekannt zu geben. Der Verlauf der Krankheit lässt den Zusammenhang des in Rede stehenden Ohrenleidens mit dem Typhus, obwohl dasselbe im Zeitraume des letzteren entstanden ist, aus folgenden Gründen fraglich erscheinen: „Das Ohrenleiden trat in der ersten Woche des Typhus auf, die Perforation im Trommelfelle sass eher central und das Leiden hatte nur das eine Ohr betroffen." — Die im Gefolge des Typhus vorkommenden Otitiden treten zumeist in der zweiten Hälfte der Erkrankung auf; die Perforationen bezw. Destructionen kommen grösstentheils nahe dem hinteren unteren Rande des unteren hinteren Quadranten vor; das Ohrenleiden ist grösstentheils beiderseitig; ferner erinnert uns die lange Reconvalescenz des Kranken, seine schwache Körperconstitution und seine Blutarmuth an jene Fälle, welche ich eben auf der Abtheilung des Herrn Prim. Dr. B. Székács beobachten konnte, und in welchen nach dem Typhus regularis die Phthisis folgte, wovon auch die Section (neben geheilten Typhus-Darmgeschwüren frische tuberculöse Darmgeschwüre, Lungenschwindsucht) einen Beweis lieferte; ferner in unserem

[1]) Bei der Vorstellung war ich so glücklich, die fraglichen Verhältnisse an einem entsprechenden Schädel demonstriren zu können.

Digitized by Google

Falle die Asymmetrie der beiden Brustkorbhälften und jenes Verhältniss, welches Herr Primarius Dr. Fr. Jordan zu constatiren so gütig war, nämlich, dass bei dem sonst rechthändigen Manne die linke Brustkorbhälfte grösser, bei Percussion der Ton hier höher und das Athmen dieser Seite schwächer war; der fieberlose Verlauf der Erkrankung des Warzenfortsatzes; dies und die fungösen Wucherungen riefen in mir den Verdacht hervor, ob man es in diesem Falle nicht mit einem ursprünglich tuberculösen Ohrenleiden zu thun habe.

Die bacteorologischen und histologischen Untersuchungen, welche ich im Institute des Herrn Prof. Otto Pertik vorgenommen habe, führten zu folgendem Resultate: Ich suchte wiederholt in dem Secrete des Ohres nach Tuberkel-Bacillen, jedoch vergebens. Die entfernten polypösen Wucherungen bestehen aus ebenso jungem Granulationsgewebe, wie ich dasselbe wiederholt bei Ohrpolypen der Phthisiker gefunden habe („Orvosi Hetilap" 1891), in welchem Gewebe die enorme Proliferation des Endotheliums der Lymph- und Blutgefässe, ferner stellenweise mucinöse Degenerationen, kleinzellige Infiltration und parenchymatöse Blutungen, sowie reichliche Vascularisation bemerkenswerth sind. Besonders auffallend sind aber reichlich im Gewebe vorkommende, 2—8kernige, junge, typische Riesenzellen, um welche herum jedoch der necrobiotische Process noch fehlt. — In diesen Gewebstheilen, wie auch selbst in den Riesenzellen konnte ich keine Tuberkelbacillen nachweisen und folglich muss der Charakter des beschriebenen Ohrenleidens — bezw. die Beantwortung jener Frage, ob das fragliche Leiden in Folge des Typhus, im Zusammenhange mit demselben, sei es auf einer hypostatischen oder auf einer hämatogenen Weise, entstanden ist, oder ob es sog. genuin oder vielmehr und wahrscheinlicher einer tuberculösen Natur sei — in Schwebe gelassen werden.

Zur Diagnose gewisser Frühformen von Pemphigus mucosae.

Von

Dr. **J. Killian**, Worms.

Mitte Juli 1891 stellte sich mir der 33jährige Kaufmann J. S. aus G. vor wegen Schmerzhaftigkeit des Schluckens, Erschwerung des Sprechens und zeitweise belegter Stimme. Der Kranke sah wohlgenährt aus, gab an, nie erheblich krank gewesen zu sein, und stellte ganz besonders jede frühere luetische Affection mit Bestimmtheit in Abrede. Seine Articulation war von jener Schwerfälligkeit, welche sofort die Aufmerksamkeit auf eine schmerzhafte Erkrankung der Zunge hinlenkte. Die Speichelabsonderung zeigte sich leicht vermehrt; auch war übeler Geruch aus dem Munde in mässigem Grade nachweisbar. Auf der linken Seite der unteren Fläche der Zungenspitze sah man eine etwa bohnengrosse, schneeweisse Auflagerung, welche sich neben dem Zungenbändchen auf den Mundboden fortsetzte. Eine zweite fand sich an der Schleimhautfläche der Unterlippe links und erstreckte sich etwas auf das benachbarte Zahnfleisch. Beide Auflagerungen waren scharf begrenzt und von gesunder Schleimhaut umgeben; ein Entzündungshof fehlte. Sie konnten nur schwer

Digitized by Google

von ihrer Unterlage abgehoben werden, und es kam dabei stets zu Blutungen derselben. An der Vorderfläche des rechten Gaumenbogens befand sich eine etwa linsengrosse excoriirte Stelle, deren verwaschene Umrisse leicht reifartig getrübt waren und ganz allmählig in die umgebende, gesund aussehende Schleimhaut übergingen. Ferner erblickte man am freien Rande des Kehldeckels nach rechts hin eine weitere des Epithels beraubte geröthete Stelle, etwa auch linsengross, welche ebenfalls nicht scharf umgrenzt war, deren Umgebung vielleicht etwas geschwollen erschien. Beide Stimmbänder hatten eine rosarothe Färbung. Keine Drüsenschwellungen. Temperatur normal. Innere Organe gesund. Haut gesund. Urin ohne Eiweiss und Zucker. Appetit gut. Die Deutung dieses Befundes war zunächst eine schwierige. Die beschriebenen weissen Auflagerungen in der Mundhöhle hatten eine überaus grosse Aehnlichkeit mit Soor. Allein die sofort vorgenommene und später wiederholte microscopische Untersuchung ergab gänzliche Abwesenheit von Fäden und Sporen des Soorpilzes. Negativ fiel auch die Untersuchung auf Tuberkelbazillen aus. Die Erkrankung bestand nun sechs Wochen lang unverändert fort; alle therapeutischen Versuche waren fehlgeschlagen. Ich hatte inzwischen meine Diagnose auf Pemphigus gestellt, aber bisher vergeblich auf der Haut nach Blasen gesucht. Weiterhin verlor ich den Kranken aus den Augen und hatte erst Anfang 1892 wieder Gelegenheit, ihn zu untersuchen. Jetzt zeigte es sich, dass mittlerweile Pemphigus auf der Haut zum Ausbruch gekommen war. Die Erscheinungen in Mund- und Nasenhöhle hatten erheblich zugenommen, und der Kranke war in seiner Ernährung sehr heruntergekommen. Eine eingehendere Beschreibung des jetzigen Krankheitsbildes unterlasse ich, da solche für den Zweck, welchen ich durch diese Zeilen verfolge, nur von untergeordneter Bedeutung wäre. Die Hauptsache ist, dass durch das thatsächliche Erscheinen des Pemphigus auf der Haut die Diagnose gesichert wurde. Ob es sich um Pemphigus vulgaris oder foliaceus handelt, kann erst der weitere Verlauf entscheiden. Längst bekannt ist es, dass der Pemphigus die Mund-, Rachen-, Kehlkopfschleimhaut u. s. w. befällt (Pemphigus mucosae), desgleichen, dass Pemphigus mucosae als Vorläufer des Pemphigus der allgemeinen Decke und auch gesondert vorkommt. Allein die bisherigen Beschreibungen des Schleimhautpemphigus decken sich nicht mit dem oben gegebenen Befunde, und gerade aus dieser Thatsache leite ich die Berechtigung zur Veröffentlichung des obigen Falles ab. Ohne Weiteres leuchtet die Wichtigkeit ein, einen Befund, wie den dort erhobenen, diagnostisch und prognostisch richtig zu deuten und aus dem örtlichen Befund das Allgemeinleiden zu erkennen. Nach den üblichen Schilderungen der Lehrbücher treten beim Pemphigus auf der Mundrachenschleimhaut erbsen- bis nussgrosse, mit einem milchigweissen Inhalt gefüllte Blasen auf, deren Epitheldecke sich nach kurzer Zeit trübt, macerirt und abgestossen wird. Dadurch entstehen scharf begrenzte, rothe Substanzverluste, die sich mit einem weissen, croup- oder aphthen-ähnlichen Belag bedecken und entweder rasch heilen oder bei längerem Bestande sich in Geschwüre umwandeln.“ Vergl. Schech, Krankheiten der Mundhöhle etc., 3. Aufl., S. 164. „Auch auf der Schleimhaut der Mund- und Rachenhöhle und des Kehlkopfes kommen Blasen zur Entwicklung — Pemphigus mucosae —. Ihre Epitheldecke wird

Digitized by Google

bald macerirt, grau getrübt und abgestossen und hinterlässt scharf begrenzte, lebhaft rothe oder grau belegte Scheiben.“ Vergl. Kaposi, Hautkrankheiten, 2. Aufl., S. 500. Wie hieraus ersichtlich, reden die Autoren stets von Blasenbildung auf der Schleimhaut. Dem gegenüber ist aber festzuhalten, dass der Schleimhautpemphigus wenigstens in einer Anzahl der Fälle nicht in Form von Blasenbildung verläuft, sondern sich durch das Auftreten von soorähnlichen Auflagerungen besonders in der Mundhöhle und durch das Erscheinen von Excoriationen besonders an den Gebilden der Rachenenge und des Schlundes kennzeichnet. Allerdings dürften die zuletzt genannten Formen anatomisch der Blasenbildung gleichwerthig sein und Anfangsbeziehungsweise Abortivformen derselben darstellen. Während mich dieser Krankheitsfall noch lebhaft beschäftigte, erschien in No. 49 der Berl. klin. Wochenschrift 1891 der Aufsatz von Mandelstamm: „Zur Casuistik und Diagnose des Pemphigus der Mundhöhlen- und Rachenschleimhaut.“ Der Verfasser desselben geht von vier Beobachtungen aus Doch war es ihm nur in einem Falle möglich, den nachträglichen Ausbruch des Pemphigus auf der äusseren Haut festzustellen. Der betreffende Patient klagte über Schluckbeschwerden und schlechten Geruch aus dem Munde. An verschiedenen Stellen der Zungen-, Wangen-, Lippen- und Rachenschleimhaut sah man linsen- bis pfenniggrosse und grössere, grauweisse und auch ganz weisse, scharfumrandete Auflagerungen, die stellenweise ganz dünn, stellenweise dichter wie diphtherische Massen aussahen, sich nicht leicht entfernen liessen und dann bluteten. An der Zunge sassen sie an den Rändern und der unteren Fläche. An der Vorderfläche des weichen Gaumen flossen sie zu einer einzigen grossen und dünnen grauweissen Membran zusammen, welche an vielen Stellen von punktförmigen und grösseren Inselchen — durchscheinende und ihres Epithels beraubte Schleimhaut — durchbrochen war. Die Kehldeckelvorderfläche war mit einem grossen, weisslichen Anflug bedeckt, die Schleimhaut in der Umgebung der erkrankten Stellen fast normal. Ausser Speichelfluss und üblem Geruch aus dem Munde war sonst nichts Krankhaftes nachzuweisen. Innere Organe, Urin etc. normal. Haut gesund. Während in der Folge einige kleinere Auflagerungen verschwanden und neue erschienen, bestanden die Erscheinungen am Gaumensegel und am Kehldeckel unverändert fort. Vier Monate später kam Pemphigus foliaceus auf der Haut zum Ausbruch. Es ist von Interesse, zu erfahren, dass der Verfasser zuerst glaubte, Stomatitis mercurialis vor sich zu haben. Die vier Patienten desselben standen im Alter von 40—55 Jahren und waren sämmtlich Israeliten. Auch mein Kranker ist Israelite.

In Uebereinstimmung mit Mandelstamm komme ich also zu dem Schlusse, dass als Vorläufer des Pemphigus der allgemeinen Decke auf der Schleimhaut der Mundrachenhöhle charakteristische Auflagerungen und Excoriationen vorkommen, welche hartnäckig jeder Behandlung widerstehen und ausser Schluckbeschwerden, Articulationsstörungen, Speichelfluss und üblem Geruch zunächst keine Beeinträchtigung der Gesundheit der Befallenen verursachen. Diese Auflagerungen sind differentialdiagnostisch von Soor, Stomatitis mercurialis, Diphtherie, croupösen Belägen traumatischen Ursprungs meist unschwer zu trennen.

Digitized by Google

Ueber äussere Anwendung von Canthariden bei Nasen- und Halskrankheiten.

Von

C. Ziem.

Von der durch O. Liebreich zur Behandlung tuberculöser Erkrankungen des Kehlkopfs Anfangs v. J. empfohlenen subcutanen Anwendung von Cantharidin soll im Folgenden nicht die Rede sein, sondern von der wohl seit den ältesten Zeiten und bei vielen Erkrankungsformen geübten ableitenden Behandlungsmethode, die auch bei Nasen- und Halskrankheiten eine vortheilhafte Anwendung findet und die, wie mit Seidelbast, Crotonöl u. a. Dingen, natürlicher Weise auch mit Cantharidenpräparaten ausgeübt werden kann. Zu meinen Versuchen habe ich immer der so bequem zu handhabenden Auflösung von Canthariden in Collodium, des Collodium cantharidatum, und zwar als Einpinselung mich bedient. Ebenso wie bei Behandlung von Ohrenkrankheiten Ableitungen auf die Hinterohrgegend früher eine bedeutende Rolle gespielt haben, um dann von vielen Autoren, besonders in Deutschland, als gänzlich unwirksam kurzer Hand verworfen zu werden, während in Frankreich und Italien den Vesicantien ein ausgebreiteter Wirkungskreis immer verblieben ist, und wie erst neuestens, vornehmlich in Folge werthvoller Mittheilungen von Prof. Walb in Bonn, die Anschauung auch bei uns wieder Platz gegriffen hat, dass die alten Herren, unsere Vorfahren, doch nicht so schlechte Beobachter und Therapeuten gewesen sein mögen, als Mancher sich das vorstellt, — so wird es vielleicht auch mit der Werthschätzung der Derivantien bei Behandlung gewisser Halskrankheiten gehen. Allerdings hat Prof. v. Schrötter, in dessen Vorlesungen über die Krankheiten des Kehlkopfes ja eine immense Erfahrung allüberall zu Tage tritt, bei der Therapie des chronischen Kehlkopfcatarrhs, der einzigen Stelle meines Wissens, wo der Vesicantien Erwähnung geschieht, den Ausspruch gethan, dass die Zeit der Hautreize, namentlich der besonders grausamen, der Autenrieth'schen Salbe und der Vesicantien „glücklicher Weise wohl so ziemlich vorüber sei“ [1]). Aber es hat dann schon 2 Jahre später, auf dem Heidelberger Congresse, Helbing aus Nürnberg über 10 Fälle von Pharyngitis phlegmonosa berichtet, die er mit Einreibungen von Crotonöl auf die entsprechende Partie der Halshaut unter gutem Erfolge behandelt hat: die eczematöse Entzündung der eingeriebenen Stelle heilte nach 5—8 Tagen ab und die Phlegmone des Pharynx kam, wie es heisst, nicht zur vollen Höhe [2]). Hierher gehören auch die Erfolge, die der äusserst erfahrene Kinderarzt Geh. Rath Henoch mit der Application von Vesicatoren auf die bedeckende Haut bei acuter Laryngitis erzielt hat und wofür er, wie mir scheint, recht beweiskräftige Beobachtungen an je einem 2- und 6jährigen Kinde etwas genauer mittheilt. Henoch öffnet übrigens die Blase und lässt die Wundfläche mit grauer Salbe verbinden [3]).

[1]) Vorlesungen, 2. Lieferg. 1887, S. 77.)
[2]) Internation. Centralbl. f. Laryngologie, VI. Jahrg., S. 386 und 564.
[3]) Vorlesungen über Kinderkrankheiten, 5. Aufl., S. 341 und 342.

Digitized by Google

Eine einschlägige Beobachtung aus meiner eigenen Praxis sei hier angeschlossen.

Am 20. März 1890, Mittags, wird mir das ein paar Monate alte Kind P. gebracht wegen starker Athemnoth, Cyanose und Schwellung am Halse. In der rechten seitlichen Halsgegend, unterhalb des Unterkiefers nach hinten bis nach dem Ohre hin, nach vornen gegen den Kehlkopf zu sich ausbreitend, findet sich eine sehr bedeutende, in den letzten Wochen allmählig entstandene Anschwellung von noch harter Consistenz. Athemnoth so hochgradig, dass ich den Angehörigen von der Möglichkeit der Tracheotomie sprach, welche unter den vorliegenden Verhältnissen aber natürlich die allerungünstigsten Aussichten gegeben haben würde. Es war eine Eiterung des rechten Ohres vorausgegangen, die nach Aussage des Hausarztes „durchaus antiseptisch", d. h. in diesem Falle mittelst in den Gehörgang hineingepfropfter Sublimatwatte behandelt worden war, Ausspritzungen waren ausdrücklich verboten worden. Durch die, künstlich noch verstärkte, Retention des Eiters war offenbar eine eitrige Infiltration des Zellgewebes längs des Vorderrandes des Musc. sternocleidomastoideus bis gegen den Kehlkopf hin eingetreten. Eine auffällige Schwellung der Epiglottis war bei Fingeruntersuchung übrigens nicht vorhanden. Sofort Ausspülung des Ohres und der Nase, aus welchen Eiter, sowie bei horizontaler Haltung des Kopfes auch des Rachens, aus welchem viel Schleim sich entleerte, mittelst Salzwassers und tüchtige Bepinselung der Anschwellung in ihrer ganzen Ausdehnung mit Collod. cantharid. Schon am selben Abend viel freiere Athmung: auf der bepinselten Partie war die Oberhaut durch Blasenbildung in umfänglicher Weise abgelöst. Die Stelle wird weder sich selbst überlassen, wie das in Helbing's Beobachtungen der Fall gewesen zu sein scheint, noch mit grauer Salbe, wie von Henoch, sondern mit einer Honigpaste verbunden, über deren Bedeutung ich demnächst eingehender berichten werde und jetzt nur so viel sagen will, dass das ein ausgezeichnetes Mittel zur Reifung von Abscessen ist. Die Ausspülungen wurden Anfangs 3 Mal, später 2 Mal täglich fortgesetzt. Am 30. März wurde der Abscess unterhalb des Kiefers incidirt und mittelst der Druckpumpe ein Strom von Eiter herausgeschwemmt. Das Kind hat sich dann sehr schnell erholt, ist aber später, im Juli oder August, an Brechdurchfall zu Grunde gegangen.

Der Erfolg der Bepinselung in diesem Falle war für alle Betheiligten ein äusserst sinnfälliger und ich wüsste nicht, in welcher anderen Weise man innerhalb weniger Stunden eine so intensive Ableitung von Innen heraus auf die bedeckende Haut hätte erlangen können.

Auch bei im Puerperium oder sonstwie erworbenen Abscessen der Schilddrüse dürfte das beschriebene Verfahren von Werth sein, von grösserem jedenfalls, als die hier oft in so unverständiger Weise angewendete Eisblase, mittelst welcher mancher Kranke geradezu umgebracht wird, wenn so ein Meisterer der Natur die Eiterung statt zu befördern, zu unterdrücken sucht.

II. Bei Nasenkrankheiten sind Ableitungen auf benachbarte Körperpartien durch Vesicatore u. dergl. wohl noch wenig versucht worden. Als hierher gehörig ist mir z. Z. nur erinnerlich, dass Vesicatore auf der Stirngegend bei Anschwellung der Schleimhaut der Stirnhöhle von

Digitized by Google

Moldenhauer empfohlen[4]) und dass Application der Autenrieth'schen Salbe auf die Hinterohrgegend, zugleich allerdings mit Cauterisation der Nasenschleimhaut, in einem von W. Brügelmann beschriebenen Falle mit bestem Erfolge angewendet worden ist[5]). Letztere Notiz ist, wie ich glaube, Anlass für mich geworden, dieser Frage selbst etwas näher zu treten, da es mir bis dahin unbekannt war, dass man bei Erkrankungen der Nasenhöhle und des Nasenrachenraumes Derartiges mit Erfolg anwenden kann. Freilich muss man, um gute Erfolge zu sehen, da nicht in der Regio retroauricularis im Allgemeinen oder nur auf der Gegend des Proc. mastoideus einpinseln lassen, sondern vornehmlich auch oder ausschliesslich in der Regio retrolobularis, auf der unmittelbar hinter dem Ohrläppchen gelegenen Partie, die nach hinten durch den Ansatz des M. sternocleidomast. an den Proc. mastoid. und nach vorn durch den aufsteigenden Ast beispielsweise den Gelenkfortsatz des Unterkiefers begrenzt wird. An sich selbst kann man leicht feststellen, dass man an der genannten Stelle zwischen Unterkiefer und dem Proc. mastoid. in die Tiefe eindringen kann, was übrigens auch an einem von Merkel gelieferten Sagittalschnitt durch die Umgebung des Kiefergelenkes gut zu erkennen ist[6]). Es ist also ungefähr dieselbe Gegend, von wo aus durch einen annähernd quer nach innen, doch zugleich etwas nach vornhin verlaufenden Messerstich in einer von Bezold mitgetheilten Beobachtung eine Verletzung des Pharynx und Abtrennung der knorpligen Tuba zu Stande gekommen ist[7]). Der ausgezeichnete Querschnitt des ganzen Kopfes in dem klassischen, bisher unübertroffenen, jedoch zu wenig zahlreiche Abbildungen enthaltenden topographisch-anatomischen Atlas von W. Braune[8]) ist etwas zu hoch geführt, um diese Gegend ganz genau zu veranschaulichen, ebenso das Stückbild in Fig. 228 von Merkel's Handbuch, während in dem in Henle's anatomischem Atlas (in Fig. 2 der Tafel 209) abgebildeten, dicht unterhalb des Ohres, also für unseren Zweck sehr günstig angelegten Transversalschnitt leider nur der äusserste, lateralwärtige Abschnitt des Präparates wiedergegeben ist: dennoch kann man durch Combination dieser Abbildungen sowohl mit den von B. Fränkel auf Taf. 3—6 seines Atlasses gegebenen, für die Topographie der Nase allerdings äusserst werthvollen, für den hier in Betracht kommenden Zweck aber etwas zu wenig Einzelheiten enthaltenden Querschnitten, als auch mit den den Pharynx von hintenher und im Längsschnitte zeigenden Frontalschnitten in Fig. 1 der Tafeln 207 und 208 des Henle'schen Atlas und einem anschaulichen Fensterschnitt der Regio pterygoidea auf S. 465 des Merkel'schen Handbuchs die hier interessirenden anatomischen Verhältnisse sich genügend klar machen. Wenn man also zwischen den genannten Knochenpartien nach vorn innen eingeht, so gelangt man in das Gefässgebiet der Art. uud Ven. maxillar. intern., der Plexus pterygoid. und pharyng., welche dann mit den Venen des hintersten Abschnittes der Nase in Verbindung stehen. Ich glaube

[4]) Die Krankheiten der Nasenhöhle 1886, S. 184.
[5]) Ueber Nasenschwindel. Therap. Monatshefte 1889, Februar.
[6]) Handb. d. topographischen Anatomie, I. Bd., S. 435 und 436.
[7]) Berliner klin. Wochenschrift No 40, 1883.
[8]) 1875, Tafel IV.

Digitized by Google

mich zu entsinnen, dass diese Gefässbeziehungen von Trautmann eingehender studirt und auch abgebildet worden sind, kann das aber augenblicklich nicht genau feststellen. Jedenfalls hat die Annahme ganz und gar keine Schwierigkeit, dass vermittelst der erwähnten Anastomosen der Blut- und Lymphgefässe eine Ableitung von der Hinternase und dem Nasenrachenraume auf die Regio retrolobularis stattfinde, so wie ich das in zahlreichen Fällen meiner Praxis thatsächlich gesehen habe.

Von besonderem Werthe ist noch, dass man in dieser Weise und auf dem beschriebenem Wege auch auf die das Ostium maxillare umgebende und öfters angeschwollene Schleimhaut ableitend einwirken kann: Fälle, in welchen nach Anbohrung der Kieferhöhle vom Alveolarfortsatze aus nicht ein Tropfen der sodann eingespritzten Flüssigkeit aus der Nase abläuft, so dass man in Versuchung ist, die Operationsöffnung zu erweitern, damit das Spritzwasser wenigstens unten wieder herausfliessen könne — ein Verfahren, welches ich ja schon öfters mit bestem Erfolge angewendet habe[9]) —, Fälle also, in welchen auch letzteres unnöthig wird, nachdem eine tüchtige Bepinselung der genannten Gegend mit Canthariden-Collodium stattgefunden, sind durchaus nicht selten, so dass von genauerer Mittheilung einschlägiger Beobachtungen abgesehen werden kann. Es ist für mich bisher auch noch niemals die Nöthigung eingetreten, noch eine zweite Operationsöffnung im unteren Nasengange anzulegen, wie das für derartige Fälle von P. Michelson[10]) empfohlen worden ist. Auch lasse ich derartige Bepinselungen zur Unterstützung der Kur bei Ausspülung der Kieferhöhle öfters vornehmen, und es ist interessant zu sehen, wie Anfangs manchmal bedeutende Mengen von Serum auf diesem Wege abgesogen werden, dann aber die Quelle mehr oder weniger so zu sagen versiegt. Es sei in dieser Hinsicht auch an das retroauriculare Eczem der Kinder erinnert, dessen Entstehung auf Ohreiterungen durchaus nicht immer, auf Nasenerkrankungen aber wohl in jedem Falle zurückführbar ist und das dann später, bei Kräftigung des Körpers oder eintretender Reife öfters von selbst verschwindet, so dass in manchen Gegenden der Ausdruck „hinter den Ohren noch nicht trocken sein“ als volksthümliche Bezeichnung für unentwickelte Personen gebräuchlich ist.

Hierher gehören auch die Erfolge solcher Ableitungen bei den sog. scrophulösen, d. h. also den von Naseneiterungen ausgehenden Augenkrankheiten, Erfolge, die von einigen Specialisten mit Unrecht in Abrede gestellt werden, die man aber oft in der sinnfälligsten Weise erzielt, sofern man an der mehrfach genannten Stelle angreift und hierdurch eine Abschwellung der angeschoppten Nasenschleimhaut bewirkt, welche dann ihrerseits eine Besserung der Augenkrankheit sofort nach sich zieht. Ist die Vermuthung zutreffend, dass man, um auch hier Erfolge zu sehen, gerade in der Regio retrolobularis einpinseln müsse, so ist hiermit wohl auch der Beweis geliefert, dass man bei der Erklärung, wie im Vorhergehenden, an Beeinflussung hauptsächlich des Blut- und Säftestroms,

---

[9]) Vergl. z. B. den in meiner Arbeit über intraoculare Erkrankungen bei Nasenleiden, diese Monatsschrift No. 8, 1889, S. 178, geschilderten Fall.

[10]) Berliner klin. Wochenschrift, 1889, Verhandlungen der Königsberger medicin. Gesellschaft.

Digitized by Google

weniger an nervöse, reflectorische Einwirkungen zu denken hat, die sonst aber, bei Cauterisation des Ohrläppchens z. B., bekanntlich oft auf weite Entfernung, bis auf den Nerv. ischiadicus hin sich geltend machen und auch aus dem Entstehen mancher Formen des Othämatoms aus Erkrankungen oder Verletzungen der Gehirnbasis oder der Gehirnrinde ersichtlich sind [11]).

Dass man bei öfterer Anwendung der Canthariden auch um das Verhalten der Nieren sich zu kümmern hat, ist selbstverständlich, ebenso dass man das nicht immer constante Präparat nur aus guten Apotheken beziehen lässt.

Kritik.

Micrographischer Atlas der normalen und pathologischen Anatomie des Ohres. Von Dr. L. Katz. II. Theil. Berlin, 1892. Verlag von August Hirschwald.

Der Wunsch, den wir bei Besprechung des ersten Theiles dieses nach jeder Richtung ausgezeichneten Werkes äusserten [1]), ist nun durch die rastlose Thätigkeit des Verfassers in Erfüllung gegangen. Der II. Theil des Werkes liegt vor uns und wir können auch von diesem nur das Beste sagen. Dieser Theil bringt in 12 Tafeln nach meisterhaft angefertigten Präparaten des Autors künstlerisch angefertigte Photographien pathologischer Veränderungen des Gehörorgans, und zwar vorzugsweise des mittleren Ohrtheiles und des Labyrinthes. Hoffentlich erscheint nun auch der dritte und letzte Theil des prachtvollen Werkes in nicht zu ferner Zeit, wofür die Ohrenärzte nicht minder wie alle Diejenigen, welche das Gehörorgan eingehender kennen lernen wollen, dem Autor, dem künstlerischen Photographen, sowie dem Verleger, welcher das Werk in sehr schöner Art ausstattete, Dank wissen werden.

Gruber.

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Bericht über die an der k. k. Wiener Universitäts-Klinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Josef Gruber im Jahre 1890 ambulatorisch behandelten Kranken. (Fortsetzung.)

Accumulatio ceruminis

wurde 785 Mal beobachtet. In den meisten Fällen genügte die Ausspritzung zur Beseitigung der Erscheinungen, doch gab es deren viele, wo nach der Entfernung des Pfropfes schwere Ohrenleiden zu Tage traten, die Patienten sich aber mit der nach der Entfernung des Pfropfes erfolgten Besserung des Hörvermögens begnügten.

---

[11]) Vergl. hierüber Roosa-Weiss, Ohrenheilkunde, 6. Aufl. 1889, S. 49.
[1]) S. diese Monatsschrift, Jahrg. 1891, S. 204.

Digitized by Google

Fremdkörper im Ohre.

58 Fälle. Auch im heurigen Jahren kamen noch immer Fälle vor, wo von Unberufenen die instrumentale Entfernung versucht worden war; doch waren solche immerhin seltener als früher. In einem Falle kam es in Folge der Extractionsversuche zu einer länger dauernden eitrigen Mittelohrentzündung, die aber vollständig ausheilte.

Pat. O. I., Amb. Prot. Z. 47.469, 4 Jahre alt, hatte sich, wie die Mutter angab, eine Glasperle in's Ohr gesteckt. Die Mutter war zum Arzte gegangen, der die Extraction mit Pincette und Kornzange versuchte, was ihm jedoch misslang. Er schickte nun das Kind in die Klinik, wo sich bei der Untersuchung folgender Befund zeigte: Rechtes Ohr: Trommelfell und Hörvermögen annähernd normal. Linkes Ohr: Gehörgang an der unteren Wand verletzt, der knöcherne Theil desselben von mit Blut gemengten Eiter erfüllt. Nach der Ausspritzung desselben zeigte sich in der Tiefe ein festhaftendes Blutgerinnsel; bei der Lufteintreibung war ein lautes Perforationsgeräusch hörbar. Es gelang nicht, den Fremdkörper auszuspritzen, auch war in Folge ausserordentlich starker Schwellung der Weichtheile des Gehörganges und der Paukenhöhle der Sitz des Fremdkörpers nicht mit Sicherheit zu constatiren, da selbst die tactile Untersuchung mit der Sonde keinen Aufschluss gab. Es wurde daher vorerst die Behandlung mit Borsäurelösung eingeleitet und zugewartet, bis die Schwellung zurückgegangen war, was nach etwa 2 Wochen eintrat. Nun erst konnte der Sitz des Fremdkörpers mit Sicherheit ermittelt werden. Derselbe befand sich in der Paukenhöhle. Die Entfernung gelang in der Narcose auf dem Wege des äusseren Gehörganges. Die Blutung war dabei ziemlich geringfügig und stand sehr bald auf Jodoformgazetamponade. Die rückgebliebene Entzündung war in 12 Tagen soweit geheilt, dass die Kranke aus der Behandlung entlassen werden konnte. Es kam zur Heilung, ohne auffallende Hörschwäche zurückzulassen.

Otitis externa circumscripta.

Im Ganzen wurden 151 Fälle beobachtet. Bei einer grossen Anzahl derselben erwiesen sich die Amygdalae gelatinosae als vorzügliches Heilmittel; nur in Fällen vorgeschrittener Vereiterung der Furunkel musste die Incision gemacht werden. Von Interesse war folgender Fall:

K. R., Ambr. Prot. Z. 48.515, 38 Jahre alt, Handarbeiterin, hatte vor 6 Jahren eine linksseitige Parotitis überstanden. Seit 2 Wochen hatte sie Schmerzen im linken Ohre, und wurde von einem Arzte ein Abscess constatirt und incidirt. Bei ihrem Erscheinen in der Ambulanz am 12. Juni sah man im linken Gehörgange einen incidirten Furunkel an der hinteren Wand, ohne eine Spur von Eiterung. Es wurde daher zuerst die Abortivbehandlung mittelst der Amygdalae aurium versucht, doch ohne Erfolg. Die Schwellung im Gehörgange nahm immer mehr zu, zugleich trat Schwellung und Infiltration der ganzen Parotis auf, so dass nach 8 Tagen sich folgender Befund zeigte: Linkes Ohr: Gehörgang sehr verengt, nicht einmal für dünne Sonden passirbar. Unterhalb und hinter dem Lobulus, sowie in der ganzen Regio parotidea ein sehr derbes Infiltrat, in dessen Mitte neben dem Angulus mandibulae eine deutlich fluctuirende, von gerötheter Haut bedeckte Stelle. Auf Druck

Digitized by Google

entleerte sich durch eine nun am Eingange des Meatus auditorius externus sichtbare Fistel massenhaft Eiter. Es wurde daher von aussen incidirt und die Eiterhöhle mit Sublimatlösung durchgespült, darnach ein Drainrohr eingeführt und mit Jodoformgaze verbunden. Nach 18 Tagen erfolgte vollständige Heilung.

Exostosis meatus auditorii externi.

4 Fälle. Besonderes Interesse beansprucht der folgende Fall, der wahrscheinlich ein verknöchertes Ecchondrom darstellt.

A. P., Amb. Prot. Z. 48.005, Dienerssohn, 9 Jahre alt, hatte in der Kindheit Morbillen überstanden. Eine darnach aufgetretene Otorrhoe sistirte angeblich bald spontan, ohne seither zu recidiviren. Seit einiger Zeit fiel den Eltern des Knaben eine in dessen linkem Ohr befindliche Geschwulst auf; zugleich bemerkten sie, dass das Hörvermögen auf dieser Seite in bedeutendem Maasse vermindert war, was sie auch veranlasste, die Klinik aufzusuchen. Daselbst wurde nun folgender Befund constatirt: Rechtes Ohr: Trommelfell und Hörweite normal. Linkes Ohr: Auf dieser Seite konnte das Trommelfell nicht untersucht werden, da der Gehörgang von einer mit normaler, ziemlich gut verschiebbarer Haut bedeckten knochenharten Geschwulst derart obturirt war, dass man nur mit einer dünnen Sonde zwischen der Geschwulst und der vorderen Gehörgangswand in die Tiefe gelangen konnte. Die Geschwulst erwies sich als ein in einer Tiefe von etwa 2 Ctm. von der hinteren Gehörgangswand ausgehendes verknöchertes Ecchondrom, das breit aufsass und gänzlich unbeweglich war. Hörweite: Uhr 3 Ctm. (normal 4 M.) Weber nach links, Rinne negativ.

Pat. wurde zur Operation bestellt, ist jedoch bisher nicht erschienen.

Ruptura traumatica.

Unter den 22 Fällen, die auf der Klinik zur Untersuchung gelangten, waren 20 durch Ohrfeigen, 1 Fall durch Schlag auf das Hinterhaupt und 1 Fall durch Auffallen eines Brodlaibes auf das Ohr entstanden. Die Rupturöffnungen befanden sich 6 Mal im hinteren oberen, 4 Mal im hinteren unteren, je 3 Mal im vorderen oberen und vorderen unteren Quadranten, endlich je 2 Mal knapp vor dem Ende des Hammergriffes, hinter demselben und in dessen Verlängerung. 20 Mal war die Verletzung links, 2 Mal auf der rechten Seite. Die Form der Rupturöffnungen war 5 Mal rund, 3 Mal dreieckig, 6 Mal spaltförmig, 2 Mal oval; in den übrigen Fällen wurde die Form nicht notirt. Bei den meisten waren die Ränder allein, in 6 Fällen auch die Umgebung ecchymosirt. Bei der Mehrzahl der Patienten waren chronische Catarrhe oder Narben am Trommelfelle nachweisbar.

Anamnestisch ist folgender Eall interessant:

M. K., Amb. Prot. Z. 48.492, 41 Jahre alt, Näherin, erschien am 10. Juni 1890 in der Ambulanz. Sie gab an, es sei ihr vor 8 Tagen in einem Greislerladen beim Bücken ein grosser Brodlaib auf das linke Ohr gefallen. Unmittelbar darauf sei weder Schmerz noch irgend welche Beschwerden aufgetreten und habe sie erst beim Verlassen des Ladens, in dem sie noch einige Zeit verweilt hatte, etwas Sausen verspürt. Nach einigen Stunden bemerkte sie jedoch, dass das Gehör bedeutend

Digitized by Google

zurückgegangen war, was sie auch sofort veranlasste, die Klinik aufzusuchen.

Rechtes Ohr: Trommelfell und Hörweite normal. Linkes Ohr: Trommelfell mässig getrübt, retrahirt, kurzer Fortsatz etwas mehr vorspringend, Hammergriffgefässe injicirt. Im hinteren unteren Quadranten eine länglich rundliche Rupturöffnung, durch welche man die normale Paukenschleimhaut sehen konnte. In der Umgebung und an den Rändern der Rissöffnung kleine Ecchymosen und etwas eingetrocknetes Blut zu sehen. Hörweite 10 Ctm. Weber positiv. Nach 3 Wochen Heilung ohne Eiterung. (Schluss folgt.)

Traumatische Perforationen des Trommelfelles. Von J. J. Nothers (früherem Assistenten der Münchener Ohrenklinik). (Zeitschr. für Ohrenheilkunde, XXIII, 1.)

Die Arbeit bietet in einer Zusammenstellung von 42 Fällen directer und indirecter Trommelfellrupturen im Allgemeinen nichts wesentlich Neues, mit Ausnahme der Ansicht des Autors, dass die Hörstörungen (mehr oder weniger starke Schwerhörigkeit, Ohrensausen) in der weitaus grössten Zahl der Fälle lediglich auf eine Störung im Schallleitungsapparate zurückzuführen seien, eine Labyrinthbetheiligung wegen der Geringfügigkeit der Symptome sowie deshalb ausgeschlossen werden dürfe, weil die Hörfähigkeit für den oberen Theil der Tonscala gar nicht oder nur wenig alterirt gewesen sei. Die Störung im Leitungsapparat erkläre sich durch den Ausfall der Wirkung einer Anzahl durchtrennter circulärer und besonders radiärer Trommelfellfasern, wodurch der Tensor tympani ein Uebergewicht erlangt habe, hierdurch aber eine erhöhte Spannung des Trommelfells und der Kette der Gehörknöchelchen bedingt worden sei. Zum Nachweise des factischen Bestandes derselben stützt sich der Autor auf Bezold, welcher bekanntlich in einer solchen Spannung die wesentlichste Ursache für die Verstärkung der Knochenleitung sieht und ferner annimmt, dass die Ueberleitung der Schallwellen des unteren Theils der Tonscala in Luftleitung ganz wesentlich an die Integrität des Schallleitungsapparates gebunden sei, während dieselbe für die Perception der oberen Töne entbehrlich sei. Da nun in obigen Fällen die Stimmgabel beim Weber'schen Versuch stets auf dem erkrankten Ohre gehört wurde, Rinne (mit tiefen Stimmgabeln) negativ ausfiel und sich stets ein Defect im Hören der tiefen Töne bei normaler Hörfähigkeit für die oberen ergeben hat, so hält der Autor die erhöhte Spannung im Schallleitungsapparat, sowie die Intactheit des Labyrinths für erwiesen. Es wäre jedenfalls erwünscht gewesen, genauere Daten über die Ausdehnung des unteren Tondefectes zu erhalten; die für zwei Fälle angegebenen Differenzen zwischen C^1 auf dem gesunden und F^1 oder gar Des^1 auf dem erkrankten Ohre erlauben schwerlich einen Rückschluss, da schon durch das Ohrensausen allein das Nichthören dieser tiefsten Töne bedingt sein könnte. Was die diagnostische Bedeutung der Hörfähigkeit für die hohen Töne betrifft, so ist wohl aus dem Fehlen derselben auf eine Labyrinthaffection zu schliessen, nicht aber umgekehrt aus ihrem Vorhandensein die Integrität des Labyrinths zu deduciren. Aber die Richtigkeit obiger Beweisführung zugegeben, so

Digitized by Google

lassen sich die beobachteten Hörstörungen, speciell das continuirliche Ohrensausen, schwerlich nur aus der Gleichgewichtsstörung im Schallleitungsapparat herleiten, vielmehr liegt es nahe, ebenso wie wir es bei anderen entzündlichen oder mechanischen Vorgängen am Trommelfell wahrnehmen, auch hier eine Labyrinthbetheiligung, die rein reflectorischer Art sein kann, anzunehmen. So hatte Ref. jüngst Gelegenheit, einen Fall von heftigem linksseitigen Ohrensausen mit beträchtlicher Schwerhörigkeit bei einem Manne zu beobachten, welchem beim Gebrauche einer flüssigen Metallmasse einige kleinste Spritzer auf die linke Gesichtshälfte und auch in den linken Gehörgang gesprungen waren; einer derselben hatte das Trommelfell getroffen und eine circumscripte intensive Röthe ohne Perforation hervorgerufen; völlige Heilung und Restitution des Gehörs in 3 Wochen. Weber stets rechts, nach der Heilung beiderseits gleichmässig. Hier konnte von einer erhöhten Spannung im Schallleitungsapparate keine Rede sein, gleichwohl beträchtliche Hörverminderung mit anhaltendem Sausen. Für diesen Fall scheint mir die Annahme einer reflectorischen Acusticusreizung als wesentlichster Grund der Hörstörungen wohl gerechtfertigt. Keller.

Ein neuer Catheter für die Tuba Eustachii. Von Dr. Herzfeld. (Berl. klinische Wochenschrift, No. 11, 1892.)

Das Schnabelende ist durch eine federnde Stahlspirale von circa 12 Windungen mit dem Catheter verbunden. Das Instrument wird mittelst eines eingelegten Obturators gerade gestreckt eingeführt, nach Ausziehen des Obturators erhält der Schnabel durch Federung seine richtige Stellung. Der Catheter dürfte bei Verkrümmungen des unteren Nasenganges empfehlenswerth sein. Keller.

Zwei Fälle von Bezold'scher Perforation des Antrum mastoideum. Von Prof. Guye in Amsterdam. (Zeitschr. f. Ohrenheilk., XXIII, 1.)

In dem ersten der beiden Fälle trat der Abscess am Vorderrande des Kopfnickers hervor und wurde incidirt, ohne dass eine Eröffnung des Warzenfortsatzes vorher unternommen worden war. In dem zweiten dagegen stellte sich 2 Wochen nach Eröffnung des Antrum, in welchem sich massenhaft Eiter vorgefunden hatte, Schwellung unter und hinter dem Proc. mast. bis zum Nacken ein, bei Druck entleerte sich viel Eiter durch die obere Fistel. Da keine oberflächliche Fluctuation nachweislich war, so wurde keine Gegenöffnung angelegt. Nach 3 Wochen schneller Schwund der Geschwulst, doch nach einigen Tagen Wiederauftreten derselben als Retropharyngealabscess; wiederholte Eröffnung desselben wegen neu entstandener Senkungen im Pharynx. Langsame Heilung innerhalb der nächsten 2 Monate. — Ob der Autor mit seiner Empfehlung, entgegen dem activeren Vorgehen Bezold's, nachdem für genügende Eröffnung des Antrum gesorgt ist, erst oberflächliche Fluctuation zum Anlegen einer Gegenöffnung abzuwarten, das Richtige trifft, dürfte dahin gestellt bleiben. Keller.

Digitized by Google

b) Rhinologische:

Nasales Asthma, mit circumscriptem Haut-Oedem wechselnd. (Asthme nasal alternant avec oedeme circonscrit de la peau.) Von Dr. L. Rethi in Wien. (Archiv. internat. de Rhinolog., Laringolog. etc., No. 16, April 1892.)

Ein bis zweimal wöchentlich, regelmässig um Mitternacht auftretende, kurz andauernde, unmittelbar vor und während der Menstruation zu ausserordentlicher Heftigkeit ansteigende Asthma-Anfälle bei einem 22jährigen, nervös beanlagten Mädchen. Wechselndes Verstopftsein beider Nasengänge je nach Lage der Kranken überhaupt, beiderseitige Verstopfung und wässerige Absonderung während des Asthma's. Hierauf folgend: circumscripte, ödematöse, etwa 6 Stunden persistirende Hautanschwellung an den Handrücken und dem rechten Oberschenkel. — Galvanocaustische Beseitigung der Schwellkörper der unteren Nasenmuscheln. Heilung. — R. ist der Ueberzeugung, dass im vorliegenden Falle Asthma und Oedem (ähnlich wie in den Fällen von Raynaud, Brigault, Unger und Dubrousquet-Laborderie, wo Asthma mit Urticaria coïncidirte) als Reflex-Erscheinungen der Nasenaffection zu gelten hatten und durch Heilung dieser zum Schwinden gebracht wurden.

Beschorner.

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Pharyngitis haemorrhagica. (Pharyngite hémorrhagique.) Von Dr. Arthur Jamison. (Brit. med. Journal und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 4.)

Bei manchen Patienten treten zeitweise Congestionen zum Pharynx auf mit Husten und blutigem Auswurf. Die Lungen sind dabei gesund und das Microscop lässt keine tiefere Erkrankung nachweisen; meist haben diese Patienten eine Leberhypertrophie und sie heilen nicht, wenn man den Pharynx blos local behandelt. Giebt man aber salinische Abführmittel, so kommt man zu günstigen Resultaten. Dr. P. K.

Bemerkungen über acute Miliartuberculose des Pharynx. (Note et observations sur la tuberculose miliaire aigue du pharynx.) Von Dr. Aigre. (Société médicale des hôpitaux und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 2, 1891.)

Drei Fälle, in denen wenig Koch'sche Bacillen, dagegen viel fremdartige Microben (Diplococcus, Staphylococcus und Streptococcus) nachzuweisen waren. Autoinfection ist in den seltensten Fällen nachweisbar. Heilung unmöglich. Dr. P. K.

Infectiöse Phlegmone des Pharynx und des Larynx. (Phlegmon infectieux du pharynx et du larynx.) Von Dr. Merklen. (Société médicale des hôpitaux und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1891.)

Weil der Abscess tief sass, wurde der Larynx zugleich ergriffen. Es ist dasselbe Leiden, welches als retrolaryngealer Abscess, primäre phlegmonöse Laryngitis, acutes Glottisoedem beschrieben wurde. Acute Dysphagie und Dyspnoe, Fieber, Albuminurie, Milzschwellung kommen hinzu, Lungencomplication nicht constant. Prognose schlecht. Dr. P. K.

Digitized by Google

Operation einer überzähligen Mandel. (Ablation d'une amygdale surnuméraire.) Von Dr. Carroll Morgan. (Association laryngologique américaine und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 8.)

Zwischen Gaumenbögen und Uvula sass nach rechts ein Tumor, welcher seines schnellen Wachsthums, der angeschwollenen Lymphdrüsen und der hereditären Belastung wegen als verdächtig angesehen werden musste; Schluckbeschwerden und Schmerzen beim Rauchen. Der Tumor wurde abgeschnitten und die Wurzel mit dem Galvanocauter gebrannt. Die microscopische Untersuchung ergab Mandelgewebe; seit 4 Jahren noch keine Recidive. Es sind dies seltene Fälle, Verf. konnte nur zwei in der Literatur verzeichnet finden. Ref. glaubt, dass manche in der letzten Zeit als fibröse Mandelpolypen beschriebene und mit Erfolg durch einfachen Scheerenschnitt entfernte Tumoren Mandelgewebe haben sein können. Dr. P. K.

Doppelseitige Eiterung der Submaxillardrüsen. (Double suppuration des glandes sousmaxillaires.) Von Dr. Pilliet. (Bull. de la société anatomique und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 2, 1891.)

Besonders im Greisenalter im Verlauf anderer acuter Processe. Die Entzündung beginnt in den Acini selbst und geht dann erst auf das interacinöse Gewebe über; es ist also derselbe Process, wie ihn Virchow, Rindfleisch, Ranvier und Cornil bei Parotitis nachgewiesen haben; die septische Infection geht also vom Munde aus; man soll deshalb, namentlich bei alten Leuten, während allen acuten Krankheiten eine strenge Antisepsis des Mundes beobachten. Dr. P. K.

Der Puls am Gaumensegel und am Zäpfchen bei Aorteninsufficienz. (Le pouls du voile du palais et de la luette dans l'insufficiance aortique.) Von Dr. Merklen. (Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 2, 1891.)

Bei mehreren solcher Kranken beobachtet; das schmale Zäpfchen schwoll rhythmisch an und ab, synchronisch mit dem Radial- und Carotispuls. Dr. P. K.

Ueber die centripetale Leitung des Nervus laryngeus inferior und die pathologische Medianstellung des Stimmbandes. Von Prof. Dr. H. Krause. (Berlin. klin. Wochenschr. No. 20, 1892.)

Nach Versuchen an Kaninchen, Katzen und Hunden fand K. die Angaben Burkart's, dass dem Nerv. laryng. inf. ausser der centrifugalen auch die centripetale Leitungsfähigkeit zugesprochen werden müsse, bestätigt und überdies in dem Sinne ergänzt, dass die centripetale Reizung des Nerven nicht nur die Exspirationsstellung des Zwerchfelles und einen Athmungsstillstand in dieser Respirationsphase, sondern gleichzeitig auch die Verengerung des Kehlkopfes, die Adduction der Stimmbänder und einen mehr oder weniger lange andauernden Stillstand der letzteren in dieser Stellung auszulösen vermag, und ferner, dass der Nerv. laryng. inf. ein gemischter Nerv ist, dem ausser der Eigenschaft als motorischer auch diejenige eines sensiblen oder reflexvermittelnden Nerven zukommt, dass derselbe dementsprechend auch dem Gesetze der Reflexe unterliegt, nach welchem Erregungen centripetaler Leitungs-

Digitized by Google

bahnen im Centralorgane auf centrifugale Leitungsbahnen übertragen werden können und an der Peripherie die specifische Wirkung derselben auslösen.

K. modificirt darnach seine früher ausgesprochene Ansicht, dass es sich bei den Folgen der mechanischen Reizwirkung um Krampf- oder Contracturzustände, erzeugt durch den ausschliesslich motorischen Nerven, handele, dahin, dass hierbei durch Reizung eines gemischten Nerven reflectorisch hervorgerufene motorische Störungen (Krampf oder Contractur) in Frage kommen. Aus der gemischten Natur des Nerven, resumirt K., werden sich nun auch Zuckungen, Tremor, vorübergehende Spasmen der Stimmbänder, Husten, Exspirationskrämpfe und ähnliche Symptome leichter erklären lassen.

Auf die sog. „Posticuslähmung" und die bei physiologischen und pathologischen Vorgängen dem Musc. cricoarytaenoideus postic. zukommende Bedeutung übergehend, so stimmt K. der Meinung von Herm. Meyer bei, dass der genannte Muskel regulirender Antagonist des Musc. cricoarytaenoideus anticus ist und als solcher einerseits die Bewegungen der Giesskannenknorpel mit mehr Stetigkeit und Sicherheit geschehen lässt, andrerseits die geöffnete Ruhestellung der Stimmritze verbürgen hilft. Man erkennt ihn nunmehr ebenso betheiligt bei dem Vorgange der Phonation wie den Musc. cricoarytaenoid. ant. als seinen Antagonisten bei demjenigen der Athmung, und haben wir ihn uns vorzustellen als mitwirkend bei dem physiologischen Acte der Phonation, wie mitleidend bei der pathologischen Erscheinung der Medianstellung des Stimmbandes durch Reflexcontractur oder, wie K. nunmehr diese Affection kürzer bezeichnen möchte, der Reflexcontractur des Stimmbandes.

Beschorner.

Ueber Cystenbildung in Stimmbandpolypen. Von Dr. O. Chiari. (Wien. klin. Wochenschr. No. 52, 1891.)

Verf. hält es nach seinen Untersuchungen für bewiesen, dass in Stimmbandpolypen die Cystenbildung fast immer auf Erweiterung von Lymphgefässen oder auf Erweiterung von Bindegewebsmaschenräumen oder auf seröser Transsudation in oder unter das Epithel beruhe. Für die Entstehung der als selbstständiges Geschwülstchen auftretenden kleinen Cyste des Stimmbandrandes in einem seiner Fälle hält Verf. Erweichung des Bindegewebes als Ursache. Auf Dilatation von Drüsenschläuchen nach Verlegung des Ausführungsganges kann die Cystenbildung nur selten beruhen, da in den meisten Stimmbandpolypen auch an der Kante des Stimmbandes Drüsen fehlen. In einem Fall konnte Verf. die nahezu bohnengrosse Cyste auf Lymphgefässektasie zurückführen.

W. Lublinski.

Acutes Glottisoedem während des Verlaufes von Mumps. (Oedème aigu du larynx au cour des oreillons,) Von Dr. Pilatte.

Tracheotomie; nach 4 Tagen konnte die Canüle entfernt werden. Es bestand jedenfalls venöse Compression durch die sehr entwickelte Geschwulst.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Ein Fall von multipler Sclerose des Gehirns und Rückenmarks mit Intentionstremor der Stimmbänder. Von Dr. v. Krzywicki in Königsberg i. Pr. (Deutsche Med. Wochenschr. No. 12, 1892.)

Genaue Mittheilung der diesbezüglichen Krankengeschichte eines 17jährigen Jünglings, aus der hervorgehoben werden möge, dass bei Versuchen, namentlich mehrsilbige Worte oder Sätze auszusprechen, die zögernd ansetzende, zitternde, stossweise in's Falsett, dann augenblicklich in tiefen Bass übergehende und ganze Reihen von verschiedenen, in gewissen Abständen sich wiederholenden Tönen producirende Stimme auffallend war. Für den, derselben Erscheinung an den Extremitäten analogen Intentionstremor der Glottis macht K. auf Grund genauer laryngoscopischer Beobachtung einen, wie er ihn nennt, „Intentionsclonus" der Mm. crico-arytaenoidei laterales, der Mm. thyreo-arytaenoidei (vielleicht auch crico-thyreoidei) und ganz besonders der Mm. crico-arytaenoidei postici verantwortlich, während er den Grund für das Ueberschnappen der Stimme und für ihren jähen Uebergang in's Falsett oder in den Bass zum Theil in der Schwäche oder Parese der Mm. thyreohyoidei und sterno-thyreoidei zu erblicken glaubt, da hierbei der Kehlkopf der in dem Augenblick an ihn gestellten Forderung hinsichtlich einer höheren oder tieferen Stellung nicht Folge zu leisten und seine tonregulirende Thätigkeit nicht auszuüben im Stande ist, daher nothgedrungen, wenn trotzdem gesprochen wird, eine ganz anders lange und anders geformte Luftsäule in Bewegung gesetzt wird, als im betreffenden Augenblicke erforderlich, und somit ein ganz anderer Ton, als der beabsichtigte, hervorgebracht werden muss. —

Solutio Fowleri in steigender Dosis und constanter Strom schienen den Zustand zu bessern. Beschorner.

Blutcyste im Kehlkopf. (Cas de kyste sanguin du larynx.) Von Dr. Charazac. (Annales de la Policlinique de Toulouse und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 2, 1891.)

Ein Schullehrer hat einen dunkelrothen Tumor am vorderen Drittel des rechten Stimmbandes; Zerquetschen mit der Zange. Heilung.

Dr. P. K.

Zur Aetiologie des Scleroms des Rachens, des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Nase (Rhinoscleroma). Von Dr. Richard Paltauf. (Wiener klin. Wochenschrift No. 52, 1891 und No. 1 u. 2, 1892.)

Auf Grund 15 bisher noch nicht untersuchter und beschriebener Fälle ergänzt Verf., der im Jahre 1886 mit Eisenberg seine Untersuchungen über die Aetiologie des Rhinoscleroms veröffentlicht hatte, seine damaligen Ergebnisse dahin, dass die das Sclerom der Nase begleitenden oder demselben nachfolgenden, in anderen Fällen vorausgehenden, mithin selbstständig auftretenden Erkrankungen des Larynx und der Trachea dem Sclerom der Nase identische Erkrankungen seien. Es kann das Sclerom primär von der Nasenhöhle, zumeist dem harten Abschnitt derselben, aber auch vom Larynx und der Trachea ausgehen. Der Nachweis der Rhinosclerombacillen ist in zweifelhaften Fällen diagnostisch verwerthbar, da sich dieselben von den nahe verwandten Friedländerschen ausser durch die geringere Virulenz, durch das verminderte Gährungs-

Digitized by Google

vermögen in Zuckerlösungen, die grössere Empfindlichkeit gegen Säure, endlich durch das Verhalten in der Milch und in alten Gelatinecultureu unterscheiden. W. Lublinski.

Rachen- und Kehlkopferkrankungen im Zusammenhang mit Menstruationsanomalien. Von Dr. Baumgarten. (Deutsche medicinische Wochenschrift.)

Dass an Stelle der Menstruationsblutungen vicariirende Blutungen eintreten, ist längst bekannt. Besonders hat Autor die Nasenblutungen, aus diesem Grunde entstanden, schon früher beschrieben. Jetzt ist er in der Lage, nachzuweisen, dass Blutungen im Kehlkopf mit der Menstruation in deutlichem und unmittelbarem Zusammenhange stehen, da dieselben immer kurz vor der Periode oder bei verspäteter eintreten. Im Vergleich zu den Nasenblutungen sind die des Kehlkopfes sehr gering. Sie befinden sich meistens auf den falschen oder wahren Stimmbändern, seltener entstehen sie in der Luftröhre. B. bestätigt seine Angaben durch kurze Krankengeschichten. Ferner werden durch Menstruationsanomalien Paresen und Paralysen des Larynx bedingt; eine Krankheitsform, die sehr häufig auftritt. Diese Paresen sind deutlich differenzirbar von den hysterischen, da sie bei Hebung der Anomalien in der Periode sofort wieder verschwinden. Ausserdem sind bei Frauen, die mit uterinen Leiden behaftet sind, die catarrhalischen Erkrankungen des Kehlkopfes viel häufiger mit Paresen combinirt, als bei anderen Leuten. Als solche uterine Beschwerden ist auch Beginn der Gravidität anzusehen. Erwähnung wird ferner eines Falles gethan, den Bayer in der letzten laryngologischen Versammlung der belgischen Aerzte vorgetragen hat, bei welchem ein Mädchen, die einen tuberculösen Larynx hatte, vom Oedem des Kehlkopfes zur Zeit der Menstruation befallen wurde. Dann wird noch der trockne Rachencatarrh besprochen, der auch oft von Climacterium abhängig sein soll. Zuletzt gedenkt der Autor noch des von Rosenberg beschriebenen Falles, betreffend ein Larynxödem nach Jodkaligebrauch, und erklärt sich mit Rosenberg's Ansicht nicht einverstanden, dass das betreffende Oedem von der Idiosyncrasie gegen Jodkalium entstanden sei, sondern behauptet, dass zweifellos auch hier die Menstruationsanomalien eine hervorragende Rolle spielen.

Cohnstädt, Erfurt.

Acuter Catarrh des Kehlkopfs. (Acute catarrh of the larynx.) Von Gordon Holmes, London. (Lanc. 1892, 6. Febr.)

Verf. giebt zunächst eine kurze historische Einleitung von der vorhippocratischen Zeit an bis auf Albers im Jahre 1829, der zuerst eine genauere Beschreibung des acuten Catarrhs gegeben habe und dann weiter auf die neue Zeit des Kehlkopfspiegels. Er beschreibt sodann genau die subjectiven und objectiven Symptome und die Ursachen. Bei dem falschen Croup der Kinder erklärt er das Zustandekommen der Anfälle durch Lähmung oder Krampf der Muskeln. Die Ansicht von Niemeyer und Mackenzie, dass sie durch das Eintrocknen des Schleims hervorgerufen würden, bestreitet er. Die von Dehio, dass eine subglottische Schwellung die Veranlassung sei, wird nicht erwähnt. Die angegebene Behandlung ist die übliche. Dr. M. Schm.

Digitized by Google

Angeborene Missbildung des Kehlkopfs und der Luftröhre mit einem Divertikel der Speiseröhre. (Congenital malformation of the larynx and trachea with a diverticulum of the oesophagus.) Von Dr. F. Semon (London). (Lanc. 1892, 2. April.)

Verf. zeigte in der Sitzung der Clinical society of London einen solchen Fall von einem 26jährigen Mädchen. Der Schildknorpel stand etwas tiefer und weiter heraus wie gewöhnlich. Seine beiden Hälften waren nur durch Bandmasse vereinigt. Man konnte mit dem Spiegel direct in den rechten Ventrikel sehen. Die Stimmbänder bewegten sich natürlich. Dr. M. Schm.

Kehlkopferkrankungen nach Influenza. (Laryngeal affections after Influenza.) Von Prof. James, M. D., London. (Lanc. 1892, 27. Febr.)

Ausser den gewöhnlichen catarrhalischen Erkrankungen bei Influenza kommen noch eine ganze Menge nervöser Störungen vor. Erstens solche, die entfernt von dem Orte der primären Erkrankung sich zeigen. Dieselben ähneln den nach Diphtherie beobachteten so, dass man zweifelhaft werden kann, welches die primäre Erkrankung war. Dann kommen aber auch eine Reihe von Befallensein einzelner Nerven vor, besonders solches der Adductoren. Der Anterior erkrankt auch nicht so selten und dann kommen auch natürlich, da er von dem Superior versorgt wird, Sensibilitätsstörungen vor, Anästhesie und Hyperästhesie. Geringere Grade derselben bleiben bei der Breite der physiologischen Verschiedenheit der Sensibilität oft unbemerkt. Dann hat Verf. auch noch choreaartige Störungen gesehen, Stottern etc. Dr. M. Schm.

Kehlkopfchorea. (Laryngeal chorea.) Von Jas. H. Nicoll, Glasgow. (Lanc. 1892, 12. März.)

Verf. beschreibt 3 Fälle bei Kindern, die sich besonders in trocknem Husten äusserten. Es gelang ihm in allen Fällen durch starkes Hintenüberbeugen des Kopfes und Festhalten des Kehlkopfes nach oben, um den choreatischen Bewegungen auf- und abwärts zu begegnen, den Husten für eine Zeit lang zu unterdrücken. Zwei der Fälle bekamen nachher noch allgemeine Chorea.

Thyreotomie wegen bösartiger Geschwulst im Kehlkopf. (Thyreotomy for malignant growth of the larynx. Von Dr. F. Semon. (Lanc. 1892, 2. April.)

Verf. stellte den 38jährigen Mann vor, bei welchem er die Operation vor etwa 8 Monaten gemacht. Der Kranke konnte mit fast nicht veränderter Stimme sprechen, da sich ein Narbenstrang an der Stelle des weggenommenen Stimmbandes gebildet hatte, welcher wie ein solches wirkte. Dr. M. Schm.

Concave Kehlkopfspiegel. (Miroirs laryngiens concaves.) Von Dr. Rayner Batters. (The Lancet und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1891.)

Schwache Concavität; die Beleuchtung wird heller und das Bild vergrössert sich um $^1/_3$. Wenn man Spiegel anwendet, deren Brennweite hinlänglich gross ist, bekommt man nette Bilder; immer aber ist die Trachea und namentlich deren Theilungsstelle verstellt. Dr. P. K.

Digitized by Google

Concave Kehlkopfspiegel. (Miroirs laryngiens concaves.) Von Dr. Creswell Baber. (The Lancet und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1891.)

Verf. bemerkt, dass viele Autoren, namentlich M. Makenzie, Solis Cohen, Voltolini, Türck und Wertheim sich schon der Concavspiegel bedienten, sie wurden theils verworfen, von Anderen anerkannt. Referent hat von keinem dieser Spiegel ordentliche Larynxbilder erhalten, sieht auch in der Vergrösserung eher einen Nachtheil, als einen Vortheil.

Dr. P. K.

Cystenkropf. Thyroidectomie, Heilung. (Goitre kystique. Thyroidectomie, guérison.) Von Dr. Th. Raymond. (Journal de la société de méd. et de pharmacie de la Haute Vienne und Revue de laryngol. et d'otologie No. 18.)

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Die Jodinjectionen nach Luton können bei nicht zu voluminösen Cystenkröpfen angewandt werden; wenn aber 4 — 5 Einspritzungen resultatlos bleiben, so soll man davon abstehen. 2) Bei allen Kröpfen ist die Operation vorzuziehen. 3) Die Operation, streng antiseptisch ausgeführt, ist gefahrlos. 4) Bei der Enucleation soll man die gesunde Schilddrüse wegen der Blutungen und der consecutiven nervösen Folgen soviel als möglich schonen.

Dr. P. K.

Ungeheurer Cystenkropf mit schneller Entwickelung. Thyroidectomie, Heilung. (Enorme goitre kystique à développement rapide. Thyroidectomie, guérison.) Von Dr. L. Picqué. (Archives de laryngologie und Revue de laryngol. et d'otol. No. 18.)

Eine 39jährige Frau ist seit ihrem 15. Jahre mit einem immer wachsenden Kropf behaftet. Die intraglandulaire Enucleation wurde gemacht und die Heilung trat ein, trotzdem der Tumor retrosternal war. Man soll die Enucleation immer der Totalexstirpation vorziehen.

Dr. P. K.

Klinische Studie über infectiösen sporadischen Kropf. (Etude clinique sur les goitres sporadiques infectieux.) Von Dr. Charcot. (Revue de chirurgie und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 2, 1891.)

Es muss ein Locus minoris resistentiae bestehen; entweder ein schon bestehender Kropf oder der Kranke muss sich in einer Kropfgegend befinden. Er entsteht während Typhus, Rheumatismus und besonders Malaria; bei Typhus kann Eiterung eintreten, bei den zwei anderen Formen genügt die gewöhnliche Behandlung zur Heilung. Der betreffende Microb ist noch unbekannt. In seltenen Fällen findet man die Krankheit bei Tuberculose und Variola. Dr. P. K.

Kropfexstirpation und deren Folgen. (De l'ablation du goitre et des accidents consécutifs.) Von Dr. Caselli. (Semaine médicale und Revue de laryngol. et d'otol. No. 18.)

Von 78 Exstirpationen starb nur ein Fall; davon waren 14 Totalexstirpationen; womöglich soll man ein Stück der Drüse stehen lassen; dies genügt zur Verhütung der Cachexia strumipriva. Die Totalexstirpation hat schlimmere Folgen bei jungen, als bei älteren Leuten; man

Digitized by Google

soll doppelte Unterbindungen der Aeste der Arteria thyr. inferior machen; diese Methode ist besser, als den Stamm der Arteria thyr. inferior zu unterbinden; so werden die Tracheal- und Laryngealstörungen vermieden.
Dr. P. K.

Grosses Cystenfibrom des Larynx. Endolaryngeale Exstirpation ohne vorherige Tracheotomie. (Fibrome kystique volumineux du larynx. Extirpation endolaryngée sans trachéotomie.) Von Dr. J. Garel. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1891.)

Eine 23jähr. Patientin zeigte in der Höhe des rechten Ligamentum aryepiglotticum ein haselnussgrosses, in den Larynx hineinragendes Cystenfibrom, welches mittelst der galvanocaustischen Schlinge in toto entfernt wurde. Heilung in 8 Tagen. Interessant ist, dass ein so grosser Tumor ohne Tracheotomie entfernt werden konnte und dass ein Fibrom sich im Verlaufe der Zeit in eine Cyste umwandelte. Dr. P. K.

Ein Fall von bronchiectatischem Abscess, veranlasst durch die Einkeilung einer O'Dwyer'schen Röhre. (Case of bronchiectatic abscess due to the Impaction of an O'Dwyers tube.) Von Dr. Sutherland, London. (Lancet 1892, 23. Jan.)

Ein 17jähriger Mann hatte in Folge einer Verletzung eine Verengerung der Luftröhre, gegen welche erst Tracheotomie und dann Intubation gemacht wurde. Bei einem Hustenanfall gelangte die Tube in die Luftröhre. Anfangs machte sie keine Erscheinungen, später traten eitrige Absonderung und Fieber auf, nach welchen er dann nach 9 Monaten starb. Die Section ergab einen grossen Abscess in der linken Lunge. In dem linken Bronchus lag die Tube. Man hatte versucht, von aussen den Abscess zu treffen und gelangte auch hinein, aber der Fremdkörper war nicht zu fühlen. Dr. M. Schm.

Ueber Ictus laryngeus. (De l'ictus laryngé.) Von Dr. Cartaz. (Congrès international de laryngol. et d'otol., Paris 1889.)

Während eines Hustenstosses treten bei sonst kräftigen, aber gewöhnlich gichtischen Leuten Schwindel mit momentaner Bewusstlosigkeit auf; gewöhnlich besteht Pharyngitis mit leichtem Larynxcatarrh. Verf. erzählt 4 neue Beispiele; er sieht die Krankheit als Reflexerscheinung, von Ueberreizung der Mucosa der obersten Luftwege ausgehend, an; die Nervenendigungen des Vagus bringen den Reiz zu den centralen Bulbi: bei geringem Reiz blos Husten und Schwindel, bei stärkerem Reize Ohnmacht mit Verlust des Bewusstseins; in einigen Fällen nahm Charcot als Ursache die asphyctischen Erscheinungen an. Dr. P. K.

Anatomische Untersuchungen über das Larynxödem. Von Hajek. (Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. 42, H. 1, 1891.)

Die häufigsten Fälle von Larynxödem sind bekanntlich entzündlicher Natur, wobei die Entzündung von einem primären Herd in der Submucosa sich fortpflanzt. Die Ausbreitung hängt nun davon ab, an welchen Stellen das submucöse Gewebe ein reichliches oder spärliches ist, an welchen Stellen die Schleimhaut an den darunterliegenden Gebilden locker oder ohne Zwischengewebe straff angeheftet ist. Hiervon hängt es ab,

Digitized by Google

ob an einem Orte das Oedem hochgradig oder gering sein wird, ob es überhaupt entstehen und wenn entstanden, ob es von einem Theil des Larynx in den andern leicht oder schwer sich fortpflanzen kann.

Da über die topographischen Verhältnisse des submucösen Gewebes keine genauen Untersuchungen vorhanden sind, so hat dies Verf. unternommen. Zu diesem Zweck wurde sowohl Berlinerblau als auch andere flüssige, meist gefärbte Gelatine in die verschiedensten Theile des submucösen Gewebes injicirt. Die auf diese Weise erhaltenen Präparate wurden theils frisch untersucht, theils in Alcohol gehärtet und dann an Durchschnitten das Verhalten des submucösen Gewebes untersucht. Um eine leichtere Uebersicht zu haben, theilt Verf. das submucöse Gewebe in zwei Hauptgebiete, einmal in das Gebiet des Kehlkopfeinganges, wozu Epiglottis und Aryfalten gehören, und dann in das des Kehlkopfsinnern, an welchem die seitliche, die vordere und die hintere Larynxwand unterschieden werden. Von allen diesen Gebieten wurden nach einer Reihe von Präparaten die Resultate der Untersuchungen mitgetheilt und durch eine Anzahl von Abbildungen erläutert. Die Details sind im Original einzusehen. W. Lublinski.

Tertiäre Larynxsyphilis, Syphilis der Bronchien und der Trachea; Bronchopneumonie und Pleuritis. Schwellung der Peritrachealdrüsen, Compression des Recurrens und Trachealverengerung. (Syphilis tertiaire du larynx, de la trachée et des premières bronches; bronchopneumonie et pleurésie. Adénopathie péritrachéale, compression du nerf recurrent droit et rétrécissement de la trachée; mort, autopsie.) Von Dr. F. Raymond. (Société médicale des hôpitaux und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1891.)

Der Titel giebt zugleich die Krankengeschichte. Wichtig ist das Fehlen von Geschwüren und der ungeheure, die Trachea und den Recurrens drückende Ganglientumor. Dr. P. K.

Larynxpapillom im Kindesalter. Spontane Heilung nach ausgeführter Tracheotomie. (Papillome du larynx chez l'enfant. Disparition spontanée après trachéotomie.) Von Dr. J. Garel. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 6, 1891.)

Spontane Heilungen von Papillomen sind allgemein bekannt. Verf. erzählt die Krankengeschichte eines 4jährigen Mädchens, bei welchem wegen Erstickungserscheinungen bei diagnosticirtem Papillom des linken Stimmbandes die Tracheotomie ausgeführt werden musste. Spontane Heilung nach einigen Monaten, so dass die Stimme normal wurde und die Canüle entfernt werden konnte. Verf. betont die Nothwendigkeit der frühzeitigen Tracheotomie, welche nicht nur palliativ, sondern selbst curativ wegen der absoluten Ruhe des Larynx wirkt. Dr. P. K.

Larynxpapillom bei einem 3jährigen Kinde. (Papillome du larynx chez un enfant de trois ans.) Von Dr. Gemell. (Glasgow med. Journ. und Annales des maladies de l'oreille et du l'arynx No. 5.)

Athemnoth, Heiserkeit, Laryngitis stridulosa, Tracheotomie mit nachfolgender hoher Temperatursteigerung, Tod. Die Section ergab die Todesursache nicht. Dr. P. K.

Digitized by Google

Traumatisches Haematom des Larynx nach einem Schlage auf den Hals. Aphonie, Schmerz, Heilung. (Hématome traumatique du larynx, consécutif à un coup sur la gorge. Aphonie, douleurs laryngées) Von Dr. Maxwelle Ross. (Edinb. med. Journal und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 5.)

Rother, die Cart. arytänoideae und die falschen Stimmbänder einnehmender Tumor. Verf. erzählt den Fall wegen seines seltenen Vorkommens. Dr. P. K.

Laryngotomia intercricothyroidea. (Laryngotomie intercricothyroidienne.) Von Dr. Richelot. (Union médicale und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 2, 1891.)

Verf. will die Tracheotomie durch die viel leichtere und rasch ausführbare Laryngotomia intercricothyroidea ersetzt wissen, nur nicht in dem Falle, wo das Respirationshinderniss unter der Cart. cricoidea sitzt. R. kann aus allbekannten Gründen dieser Ansicht nicht bestimmen. Dr. P. K.

Beitrag zur Lehre von der Combination der Syphilis und der Larynxtuberculose. (Contribution à l'étude des lésions combinées de la syphilis et de la tuberculose dans le larynx.) Von Dr. Luc. (Archives de laryngol. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1891.)

Das Interessante an der Arbeit ist, dass Tuberculose an der Oberfläche syphilitischer Geschwüre auftreten kann, was durch den microscopischen Befund bewiesen wurde. Dr. P. K.

Blutegel im Larynx. (Une sangsue dans un larynx.) Von Dr. C. Aubert in Algier. (Arch. internat. de Laryngologie etc. V., No. 2, März—April 1892.)

Eine 57 Jahre alte Dame in Blad-Guitoun (Kabylien) empfand nach dem Genusse eines Glases Wein einen Stich in der Kehle und wurde einige Stunden später durch Erstickungszufälle und heftiges Blutbrechen aus dem Schlafe geweckt. Zahlreiche, durch 7 Tage fortgesetzte Mittel schlugen fehl. Die laryngoscopische Untersuchung liess hierauf einen Blutegel (?), der hinteren Fläche der Epiglottis aufsitzend, erkennen. Extractions-Versuche per os misslangen, das Thier fiel schliesslich nach unten und setzte sich in der Gegend des ersten Trachealringes fest. Tracheotomie. Entfernung des jetzt 4 Cm. langen, bleistiftdicken Egels durch die Wunde.

Beim Verschlucken war das Thier fadenförmig und fast unsichtbar klein gewesen In 7 Tagen hatte es die angegebene Grösse erreicht. Beschorner.

Heilung eines Morbus Basedowi. (Guérison d'un goître exophtalmique.) Von Dr. Gérin-Roze. (Bulletin médical und Revue de laryngol. et d'otologie No. 18.)

Ein 36jähriges Mädchen zeigte ausser den gewöhnlichen Symptomen des Morbus Basedowi noch schwere gastrische Erscheinungen. Die gewöhnliche Behandlungsweise blieb resultatlos und nur ein lange fortgesetzter Landaufenthalt brachte Heilung (?). Dr. P. K.

Digitized by Google

Tabes dorsalis und Morbus Basedowi. (Rapports de l'ataxie locomotrice et du goitre exophtalmique.) Von Dr. G. Ballet. (Bulletin médical und Revue de laryngol. et d'otologie No. 18.)

Der Morbus Basedowi, mit materiellen anatomischen Veränderungen verbunden, ist eine Ausnahme. Wenn Tabes und Morbus Basedowi zusammen bestehen, so muss man darin nur eine einfache Krankheitsassociation erblicken, nicht aber eine Krankheitslocalisation im Bulbus. Das überaus schnelle Herzklopfen ist das characteristische Symptom des Morbus Basedowi; letztere Krankheit heilt oft, besonders wenn sie acut aufgetreten, durch den faradischen oder den continuirlichen Strom.

Dr. P. K.

Verschiedene im Laryngoscop gesehene Epiglottisformen. (Differents aspects d'épiglottes normales vues au laryngoscope.) Von Dr. Audubert. (Ann. de la Policlinique de Bordeaux und Revue de laryngol. et d'otologie No. 19.)

Es besteht eine grosse Zahl normaler Epiglottisformen. Verf. versucht selbe zu gruppiren und sie unter bestimmte Rubriken zu bringen. Ungeübte Aerzte können selbe ganz gut als krankhafte Formen ansehen; so können Einkerbungen z. B. als Ueberreste von Geschwüren gedeutet werden. Verf. giebt eine Reihe Abbildungen normaler Kehldeckel.

Dr. P. K.

Metastatische Thyroiditis. (Thyroidite métastatique.) Von Dr. Kummer und Dr. Tavel. (Société de chirurgie de Paris und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1891.)

1) Thyroiditis typhosa. Ein 26jähr. Mädchen hat Fieber, Diarrhoe und Schmerzen an der linken Halsseite; die Halssymptome nahmen zu, es kam Erstickungsgefahr und man machte die theilweise Thyroidectomie bei noch bestehendem Fieber; seit dem zwölften Jahre hatte schon der Kropf bestanden; die Trachea war säbelscheidenförmig plattgedrückt, der Recurrens wurde durchschnitten und dennoch trat vollständige Genesung ein; der typhöse Bacillus (Eberth) wurde microscopisch in der Struma nachgewiesen und so wurde die Diagnose erst auf Typhus gestellt.

2) Thyroiditis postpuerperalis. 31jährige Frau, strumös seit lange, Kropf nahm bei jeder Schwangerschaft zu und wurde retrosternal; halbseitige Exstirpation, man fiel während der Operation in den Eiterherd. Heilung.

Dr. P. K.

Fremdkörper in der Trachea. Laryngotracheotomie. (Corps étranger de la trachée; laryngotrachéotomie.) Von Dr. Montaz. (Semaine médicale und Société de chirurgie, Mai 1891.)

Ein 13jähriges Kind hielt einen Kupferdraht im Munde, wurde von einer Gespielin auf den Nacken geschlagen und verschluckte den Fremdkörper. Man erkannte denselben unterhalb des Larynx und dennoch wurde die Operation verweigert. Nach 9 Monaten trat der erste Erstickungsanfall auf; die gleich darauf ausgeführte Tracheotomie genügte nicht, man musste die Laryngotomie folgen lassen, und nun konnte erst der Fremdkörper entfernt werden. Heilung nach 8 Tagen.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Tracheotomie und Intubation bei der Behandlung der diphtherischen Larynxstenose. Von Dr. Schlutter. (Aus der Züricher chirurg. Klinik von Prof. Kroenlein.) (Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte No. 5 u. 6, 1892.)

Nach einem Rückblick auf die Erfahrungen und Resultate, welche sich bisher auf der chirurgischen Klinik Kroenlein's ergeben haben und die sich auf ein volles Decennium beziehen, fasst Verf. die während dieser Zeit gesammelten Erfahrungen in folgende Sätze zusammen:

Die souveräne Methode für die Behandlung der diphtherischen Larynxstenosen ist und wird voraussichtlich auch bleiben: die Tracheotomie. Die Intubation führt in einer Reihe von geeigneten Fällen in vielleicht kürzerer Zeit und in weniger eingreifender Weise ebenfalls zum Ziel. Diese Fälle müssen aber sorgfältig ausgewählt werden und der Anwendungskreis der Intubation muss in engen Grenzen liegen, damit dieses operative Verfahren nicht mehr Schaden als Nutzen stiftet. Als günstig sind die Processe zu erachten, die sich möglichst nur auf den Larynx erstrecken. Findet man nach einem Intubationsversuch, dass die Athmung nicht vollständig frei wird, oder geht der Process nach unten weiter oder tritt Erschwerung der Nahrungsaufnahme ein, so darf mit der secundären Tracheotomie nicht gewartet werden. Bei Glottisödem, bei Sitz der Stenose in tieferen Theilen der Luftröhre, ist nur zu tracheotomiren. Dagegen kann die Intubation in der Behandlung chronischer Stenosen der Trachea, besonders bei Granulationsstenosen nach Tracheotomie, glänzende Erfolge erzielen. Als Folge bleibt, dass die prognostisch günstigen Fälle der Intubation zufallen und die Mortalität der zu tracheotomirenden Kinder bei Anwendung beider Methoden in Zukunft noch grösser sein wird.

Eine vergleichende Statistik, welche ohne Berücksichtigung dieser Momente die Resultate beider Methoden in nackten Zahlen einander gegenüberstellt, ist daher ebenso unwissenschaftlich wie werthlos. W. Lublinski.

Spontane Resorption von Larynxtumoren nach Tracheotomie. (Un cas de resorption spontanée de tumeurs du larynx à la suite de la trachéotomie.) Von Dr. Hunter Makenzie. (The Lancet und Revue de laryngol. et d'otol. No. 22.)

Bei Kindern können Larynxtumoren nach ausgeführter Tracheotomie spontan verschwinden; Verf. hat 1883 und 1884 einen solchen Fall im Edinburgh med. Journal veröffentlicht. Ein 5jähriges Kind musste nach Masern wegen Athemnoth operirt werden; die Canüle musste ein Jahr lang getragen werden und während dieser Zeit hatte man oft Gelegenheit, die den Larynx verstopfenden kleinen Tumoren zu sehen; sie verschwanden allmählig; jetzt, 6 Jahre nach der Operation, ist der Larynx noch normal. Dr. P. K.

Ueber die mit Calcification der Trachea complicirte Tracheotomie. (Sur la trachéotomie compliquée de calcificatiou de la trachée.) Von Dr. Nicaise. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 11.)

In drei solchen Fällen musste Verf. die Scheere statt des Messers nehmen, um die Trachea zu spalten. Es handelt sich in solchen Fällen

Digitized by Google

um Calcification, nicht um Ossification; sie kommt meistens bei Krebs des Larynx vor. In solchen Fällen punctirt man mit dem Messer zwischen 2 Knorpelringen und führt dann eine Scheere ein, um die Trennung auszuführen; man muss in solchen Fällen keine zu dicke Canüle einführen. Verf. erzählt 2 Krankengeschichten, wo er auf obige Weise operiren musste. Dr. P. K.

Einathmungen von Menthol-Dämpfen bei Tracheitis. (Inhalations des vapeurs de Menthol dans la trachéite.) Von Dr. Lubet-Barbon und Alf. Martin. (Arch. internat. de Laryngologie etc. V., No. 2, März—April 1892.)

Empfohlen bei acuter Tracheitis und Laryngitis, insbesondere mit schmerzhaften Empfindungen und Reizhusten, wo es sich nicht um tuberculöse Processe handelt. Bei chronischen Entzündungszuständen der Trachea sind intratracheale Einspritzungen von Mentholöl vorzuziehen.
Beschorner.

Permanentes doppelklappiges Dilatatorium für die Trachea, die gewöhnliche Trachealcanüle ersetzend. (Dilatateur bivalve permanent de la trachée destiné à remplacer la canule trachéale.) Von Dr. Egidi. (Congrès international d'otologie et de laryngologie, September 1889.)

Das zweiklappige, den gewöhnlichen Trachealcanülen ähnlich gebogene, durch eine Stellschraube beliebig zu stellende Dilatatorium soll folgende Vorzüge haben: 1) Tracheotomie verläuft schneller; man braucht kein gewöhnliches Dilatatorium; 2) man kann das Instrument beliebig weit machen und die Trachea leichter reinigen; 3) man braucht keinen Assistenten; Blutungen und Asphyxie werden leichter bekämpft; 4) die Operationswunde und die Trachea sind sichtbar; 5) die Nachbehandlung ist leichter; 6) man kann immer eine gewöhnliche Canüle einführen; 7) dasselbe Dilatatorium kann für jedes Alter angewandt werden; 8) es hat besondere Vorzüge bei Fremdkörperextraction. Dr. P. K.

Oesophagusvarices bei chronischem Alcoholismus. (Varices de l'oesophage dans l'alcoolisme chronique.) Von Dr. Letulle. (Médecine moderne und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 2, 1891.)

Bisher wurde nur die Lebercirrhose als Ursache angesehen. Es genügt, dass eine Phlebitis der grossen Venen bestehe, welche den venösen Blutstrom gegen den Oesophagus treibt, dessen Venen durch den chronischen Alcoholismus schon krank sind. Dr. P. K.

Gastrotomie wegen Oesophagusverengerung. (Gastrotomie pour rétrécissement de l'oesophage.) Von Dr. Terrillon. (Académie de médecine de Paris und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1891.)

1888 operirt und der Gesellschaft vorgestellt. Nach vielen Versuchen gelang die Dilatation und der Patient konnte auf natürliche Weise ernährt werden; die Magenfistel wurde in zwei Sitzungen operirt und geheilt. Dr. P. K.

Digitized by Google

Krebsartige Verengerung der Speiseröhre. Gastrotomie. (Rétrécissement cancéreux de l'oesophage, gastrotomie.) Von Dr. Berger und Dr. Canniot. (France médicale und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1891.)

Man soll frühzeitig operiren und die Operation in 2 Sitzungen ausführen: 1) Festheften des Magens an die Bauchwand; 2) 2 Tage später Eröffnung des Magens mittelst Thermocauter. Dr. P. K.

Ueber das Liegenbleiben der Sonde bei der Behandlung der krebsartigen Verengerungen des Oesophagus. (De l'emploi de la sonde à demeure dans le traitement des rétrécissements cancéreux de l'oesophage.) Von Dr. Gaugolphe. (Lyon médical und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1891.)

Die mittelst Fischbeinstab eingeführten, weichen, rothen Sonden, welche liegen bleiben, sind der Gastrotomie vorzuziehen. Solche Patienten leben länger, als wenn die blutige Operation ausgeführt wird. Man soll die Sonde vor der Cachexie einführen und Monate lang liegen lassen. Dr. P. K.

Narbige Verengerung des Oesophagus an der Cardia. Gastrotomie. Spätere Erweiterung der Verengerung. Schliessen der Magenfistel. (Rétrécissement cicatriciel de l'oesophage près du cardia. Gastrotomie. Dilatation consécutive du rétrécissement. Fermeture de la fistule stomacale.) Von Dr. Terrillon. (Progrès médical und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1891.)

53jähriger Patient konnte nicht sondirt werden und verlangte Erleichterung. Gastrotomie. Die Wunden wurden durch den sauren Magensaft angefressen und musste ein Gemenge von Kreide und Natron bicarbonicum (āā) in grosser Menge gegeben werden. Später gelang die Einführung der Sonde wieder; man konnte die Fistel durch zweimalige Operation heilen. Heilung. Dr. P. K.

Therapeutische Indicationen bei krebsigen und narbigen Oesophagusverengerungen. (Des indications thérapeutiques dans les rétrécissements cicatriciels et cancéreux de l'oesophage.) Von Dr. Le Fort. (Bulletin général de thérapeutique und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1891.)

Die Gastrotomie ist eine leichte Operation, wenn es sich um Extraction van Fremdkörpern handelt; eine schwierige Operation, wenn es sich um Narben, eine sehr schwere, wenn es sich um Carcinom handelt; Verf. ist geneigt, bei letzterem die permanente Sonde nach Krishaber anzulegen. Dr. P. K.

Fremdkörper im Oesophagus. Oesophagotomia externa. Heilung. (Corps étranger de l'oesophage. Oesophagotomie externe. Guérison.) Von Dr. Périer. (Gazette des hôpitaux und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1891.)

Ein 10jähriges Mädchen hatte einen Knopf im Oesophagus, welcher Knopf von aussen zu fühlen war. Oesophagotomia externa; Heilung nach 4 Tagen. Dr. P. K.

Digitized by Google

Druck eines Kropfes, mit Oesophagusearcinom verbunden. (Une observation de goître constricteur coincidant avec un cancer oesophagien.) Von Dr. A. Pollosson. (La Province médicale und Revue de laryngol. et d'otol. No. 18.)

Ein 58jähr. Patient hatte Athemnoth; ein kleiner Kropf sass oberhalb des Sternum. Da Schlingbeschwerden bestanden, führte man die Sonde ein, welche 18 Ctm. von den Schneidezähnen entfernt auf einen Widerstand stiess. Die Tracheotomie wurde ausgeführt, der Kranke athmete frei; die Oesophagotomia externa wurde gemacht, es muss ein Lappen der Schilddrüse zuerst entfernt werden. Nach einem Monat starb Patient und man fand einen Oesophaguskrebs. Dr. P. K.

Fremdkörper in der Speiseröhre. Oesophagotomia externa. Heilung. Corps étranger de l'oesophage. Oesophagotomia externa. Guérison.) Von Dr. Stroem. (Journal of Laryngol. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 5.)

Ein 28jähriger Geisteskranker wollte sich das Leben nehmen und verschluckte einen Stein, dessen 3 Dimensionen 5½, 27 und 28 Mmtr. betrugen und welcher 50 Gramm wog. 23 Stunden nachher wurde die äussere Oesophagotomie gemacht und der Stein mit Schwierigkeit entfernt; derselbe befand sich in der Höhe der zweiten linken Rippe. Nahrung während 2 Tagen mittelst Clysma, am dritten Tage flüssige Nahrung; Heilung in 14 Tagen. Dr. P. K.

Oesophaguscarcinom, mit Dyspnoe beginnend, Erstickungsanfall, Tracheotomie. (Cancer de l'oesophage à début dyspnéique, accès de suffocation. Trachéotomie. Compression des recurrents.) Von Dr. Gaucher. (Société médicale des hôpitaux und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 2, 1891.)

Solche Fälle, welche leicht mit Larynxstenosen verwechselt werden, treten ein, wenn von Anfang an beide Recurrentes comprimirt werden. Dr. P. K.

Notiz.

Wie aus Zeitungsberichten hervorgeht, soll das vorbereitende Comité für den im nächsten Jahre in Rom abzuhaltenden internationalen medicinischen Congress mit dem Plane umgehen, entgegen der früheren Gepflogenheit, für Ohrenheilkunde und Laryngologie eine gemeinsame Section einzurichten. Man braucht nur einen Blick in die Berichte der vorausgegangenen Congresse zu werfen, um sich von der Unzweckmässigkeit einer derartigen Verschmelzung zweier Sectionen zu überzeugen. Gerade für die in Rede stehenden Specialdoctrinen waren immer so zahlreiche Vorträge und Demonstrationen angemeldet, dass das Material kaum in zwei Sectionen aufgearbeitet werden konnte, so dass man genöthigt war, die an die Vorträge sich knüpfenden, oft höchst interessanten Discussionen in unliebsamer Weise einzuschränken. Wir sind auch überzeugt, dass, wenn eine solche Verschmelzung der beiden Sectionen vom Comité decretirt würde, gleich in der ersten Sitzung von den Theilnehmern neuerlich eine Trennung in zwei Sectionen beschlossen und durchgeführt wird.

Digitized by Google

INHALT.

I. Originalien: Krepuska: Ein bei der operativen Eröffnung des Warzenfortsatzes vorgekommenes seltenes Verhältniss. — Killian: Zur Diagnose gewisser Frühformen von Pemphigus mucosae. — Ziem: Ueber äussere Anwendung von Canthariden bei Nasen- und Halskrankheiten. — Kritik: Katz: Micrographischer Atlas der normalen und pathologischen Anatomie des Ohres. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Bericht über die an der k. k. Wiener Universitäts-Klinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Josef Gruber im Jahre 1890 ambulatorisch behandelten Kranken (Fortsetzung). — Nothers: Traumatische Perforationen des Trommelfelles. — Herzfeld: Ein neuer Catheter für die Tuba Eustachii. — Guye: Zwei Fälle von Bezold'scher Perforation des Antrum mastoideum. — b) Rhinologische: Rethi: Nasales Asthma mit circumscriptem Haut-Oedem wechselnd. — c) Pharyngo-laryngologische: Jamison: Pharyngitis haemorrhagica. — Aigre: Bemerkungen über acute Miliartuberculose des Pharynx. — Merklen: Infectiöse Phlegmone des Pharynx und des Larynx. — Morgan: Operation einer überzähligen Mandel. — Pilliet: Doppelseitige Eiterung der Submaxillardrüsen. — Merklen: Der Puls am Gaumensegel und am Zäpfchen bei Aorteninsufficienz. — Krause: Ueber die centripetale Leitung des Nervus laryngeus inferior und die pathologische Medianstellung des Stimmbandes. — Chiari: Ueber Cystenbildung in Stimmbandpolypen. — Pilatte: Acutes Glottisoedem während des Verlaufes von Mumps. — Krzywicki: Ein Fall von multipler Sclerose des Gehirns und Rückenmarks mit Intentionstremor der Stimmbänder. — Charazac: Blutcyste im Kehlkopf. — Paltauf: Zur Aetiologie des Scleroms des Rachens, des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Nase. — Baumgarten: Rachen- und Kehlkopferkrankungen im Zusammenhang mit Menstruationsanomalien. — Holmes: Acuter Catarrh des Kehlkopfs. — Semon: Angeborene Missbildung des Kehlkopfs und der Luftröhre mit einem Divertikel der Speiseröhre. — James: Kehlkopferkrankungen nach Influenza. — Nicoll: Kehlkopfchorea. — Semon: Thyreotomie wegen bösartiger Geschwulst im Kehlkopf. — Batters: Concave Kehlkopfspiegel. — Baber: Concave Kehlkopfspiegel. — Raymond: Cystenkropf. — Piqué: Ungeheurer Cystenkropf mit schneller Entwickelung. — Charcot: Klinische Studie über infectiösen sporadischen Kropf. — Caselli: Kropfexstirpation und deren Folgen. — Garel: Grosses Cystenfibrom des Larynx. — Sutherland: Ein Fall von bronchiectatischem Abscess, veranlasst durch die Einkeilung einer O'Dwyer'schen Röhre. — Cartaz: Ueber Ictus laryngeus. — Hajek: Anatomische Untersuchungen über das Larynxödem. — Raymond: Tertiäre Larynxsyphilis, Syphilis der Bronchien und der Trachea; Bronchopneumonie und Pleuritis. Schwellung der Peritrachealdrüsen, Compression des Recurrens und Trachealverengerung. — Garel: Larynxpapillom im Kindesalter. — Gemell: Larynxpapillom bei einem 3jährigen Kinde. — Ross: Traumatisches Haematom des Larynx nach einem Schlage auf den Hals. — Richelot: Laryngotomia intercricothyroidea. — Luc: Beitrag zur Lehre von der Combination der Syphilis und der Larynxtuberculose. — Aubert: Blutegel im Larynx. — Gérin-Roze: Heilung eines Morbus Basedowi. — Ballet: Tabes dorsalis und Morbus Basedowi. — Audubert: Verschiedene im Laryngoscop gesehene Epiglottisformen. — Kummer und Tavel: Metastatische Thyreoiditis. — Montaz: Fremdkörper in der Trachea. Laryngotracheotomie. — Schlutter: Tracheotomie und Intubation bei der Behandlung der diphtherischen Larynxstenose. — Makenzie: Spontane Resorption von Larynxtumoren nach Tracheotomie. — Nicaise: Ueber die mit Calcification der Trachea complicirte Tracheotomie. — Lubet-Barbon und Martin: Einathmungen von Menthol-Dämpfen bei Tracheites. — Egidi: Permanentes doppelklappiges Dilatatorium für die Trachea, die gewöhnliche Trachealcanüle ersetzend. — Letulle: Oesophagusvarices bei chronischem Alcoholismus. — Terrillon: Gastrotomie wegen Oesophagusverengerung. — Berger und Canniot: Krebsartige Verengerung der Speiseröhre. Gastrotomie. — Gaugolphe: Ueber das Liegenbleiben der Sonde bei der Behandlung der krebsartigen Verengerungen des Oesophagus. — Terrillon: Narbige Verengerung des Oesophagus an der Cardia. Gastrotomie. Spätere Erweiterung der Verengerung. Schliessen der Magenfistel. — Le Fort: Therapeutische Indicationen bei krebsigen und narbigen Oesophagusverengerungen. — Périer: Fremdkörper im Oesophagus. Oesophagotomia externa. Heilung. — Pollosson: Druck eines Kropfes, mit Oesophaguscarcinom verbunden. — Stroem: Fremdkörper in der Speiseröhre. Oesophagotomia externa. Heilung. — Gaucher: Oesophaguscarcinom, mit Dyspnoe beginnend, Erstickungsanfall, Tracheotomie. — Notiz, betr. den internationalen medicinischen Congress in Rom.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (J. J. Sachs' Erben) in Berlin N. Expeditionsbureau: Oranienburgerstr. 42.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. B. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof. Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Univers.
Wien

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie a. d. Universität
München

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität **Wien**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXVI. **Berlin, Juli 1892.** **No. 7.**

I. Originalien.

Aus meiner Praxis.

Aetiologische Momente der Ohrenkrankheiten

von Dr. **M. Tsakyroglous** in **Smyrna.**

Fremde Körper fanden wir nicht nur bei Kindern, sondern auch bei Erwachsenen, welche keine Kenntniss von dem Vorhandensein derselben in ihrem Ohr hatten. Solche waren: Fliegen, Papierstücke, Baumwollentampons, Zeugstücke, knöcherne Bleistiftknöpfe, Glasperlen, Zwiebel-Knoblauch und Lauchabschnitzel, Gerstenkörner, gebrannte Kaffeebohnen und geschmolzenes Wachs. Letzteres wird auf künstlichem Wege folgenderweise in's Ohr eingeführt. Für Ohrleidende nimmt man zum Zweck der Heilung ein Stück Leinen, das man mit Wachs bestreicht, so dass dasselbe steif wird; dann dreht man das Leinen zu einer trichterförmigen Düte zusammen, steckt das spitze Ende derselben in den äusseren Gehörgang, und zündet den oberen Teil der Wachsdüte an, nachdem der Kranke in eine horizontale Lage gebracht ist. Das von der Hitze schmelzende Wachs dringt nach und nach, besonders wenn die Leinwand reichlich damit getränkt ist, durch den Gehörgang bis zum Trommelfell ein. Mitunter wird der ganze Gehörgang davon ausgefüllt, sodass die totale Beseitigung des Wachses nur unter Anwendung der Chloroformnarcose möglich ist.

Digitized by Google

Seebäder und Taucher. Erstere verursachen die Entwickelung neuer Krankheiten sowohl als auch das Wiedererscheinen alter und längst geheilter. Sehr gewöhnlich beobachteten wir bei den — sei es zum Zweck der Erfrischung, sei es zu Heilzwecken — die Seebäder gebrauchenden Personen Otitis externa circumscripta, Myringitis, Trommelfellblutungen und Extravasate. Otitis media suppurutiva, Neuralgien, Periostitis, Tubencatarrh. Einer besonderen Erwähnung bedürfen die bei den Schwammtauchern auftretenden Krankheiten. Fast alle leiden in Folge ihres Berufs an Ohrenkrankheiten, sei es, weil sie wechselweise dem Luftzug und dem Wasser ausgesetzt sind, besonders aber weil sie in einer Tiefe von mehreren Klaftern dem grossen Druck der Wassersäule ausgesetzt sind, durch welchen das Trommelfell blitzartig gesprengt wird. Die Schwammtaucher nehmen einen schweren Marmorstein und stürzen sich damit bis zu einer Tiefe von 30 Klaftern in's Meer. Viele von ihnen empfinden schon bei einer Tiefe von 10—15 Klaftern einen heftigen Schmerz in den Ohren, Schwindel und ein Geräusch, als wenn etwas in den Ohren risse. In die Höhe gezogen und zwar mitunter ohnmächtig, fliesst ihnen das Blut aus den Ohren unter fortgesetzten Schwindelanfällen und Schmerzen. Da sie sich mitten auf dem Meere befinden, ist eine Therapie unmöglich, die meisten setzen ihren Beruf fort, und daher ist eine Vernarbung des Trommelfellrisses unmöglich; es stellen sich Eiterausflüsse mit allen ihren Folgen ein. Daher sind fast alle Schwammtaucher schwerhörig oder taub. Bei manchen erscheint die Schwerhörigkeit allerdings ohne organische Beschädignng des Mittelohres, aber doch bei offenbarer Affection des Labyrinths.

Hammams (türkische Bäder). Die warmen türkischen Bäder sind der Probirstein für die Personen, welche Ceruminal-Pfröpfe in den Ohren zu haben glauben. Alle suchen am folgenden Tage wegen der Tamponschwellungen ärztliche Hilfe auf. Einige leiden an leichten Blutungen des Trommelfells, an Blasenbildungen auf demselben, plötzlichen Tubenverstopfungen und consecutiver plötzlicher Schwerhörigkeit. Die chronische catarrhalische Otitis media verbessert sich durch den Gebrauch derselben.

Das Denguesche Fieber. Dasselbe zeigte wenig Einfluss auf das Gehörorgan; doch kommen auch dabei suppurative Mittelohrentzündungen und zwar von sehr hartnäckigem Character vor. Bei vielen recidivirten früher vorhandene Ohrenkrankheiten. Narben wurden meistens sehr schmerzhaft. Dieses Fieber localisirte sich in der Nase meistens als Hyperaesthesie und Perversion des Geruch- und zugleich des Geschmackorgans.

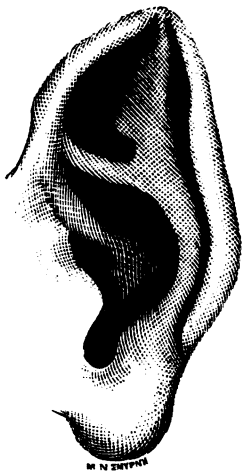
Influenza. Im Gegensatze zum Dengueschen Fieber ward eine grosse Anzahl Personen, und besonders Kinder bei den zuletzt hier auftretenden Epidemien von Ohrenkrankheiten befallen, und zwar nicht selten schon am 4. oder 5. Tage der Krankheit. (Heftige Neuralgien, Tinnitus, Tubencatarrhe, heftige Entzündungen des Mittelohres mit Suppuration auch des Warzenvorsatzes, Menièrische Krankheit etc.).

Malaria. Unter mehren Tausend Kranken beklagten sich auch zwei über Schwerhörigkeit, die angeblich von Wechselfieber herrührte, jedoch war es unmöglich, ihre Behauptung zu verificiren, dass ihr Ohrleiden sich

Digitized by Google

in Folge von Sumpfmiasma eingestellt hatte. Zugleich können wir hier betonen, dass das Chinin, welches wir sowohl hier als auch im Binnenlande, wo wir früher thätig waren, larga manu verordneten, durchaus, keinen Schaden des Gehörorgans herbeiführt.

Lepra. Bei den ersten Symptomen werden die Ohrmuscheln angegriffen. Die hintere Fläche derselben wird zunächst gefühllos, sodann zeigen sich die Knötchen, welche auch in den Gehörgang eindringen. Ob auch der innere Theil des Gehörgans angegriffen wird, konnten wir nicht constatiren, da wir nur wenige Fälle zu beobachten Gelegenheit hatten.



Angeborene Anomalien. Nur 2 solche Fälle konnten wir beobachten. Der erste bei einem Knaben, bestehend in völligem Fehlen des Gehörorgans rechts und mangelhafter Entwickelung des Warzenvorsatzes. Links rudimentäre Ohrmuschel. Bei einem andern Mädchen war nur der Lobus links und ein Theil des grossen Helix vorhanden bei gänzlichem Mangel des Gehörganges. Hier erwähnen wir noch eine andere, an das Satyrusohr erinnernde, ziemlich gewöhnliche Anomalie. Wie aus beistehender Zeichnung leicht ersichtlich, ist der obere Schenkel der Anthelix nach oben gerichtet, trennt die grosse Helix und endet in eine Spitze statt der natürlichen Rundung.

Angioma durch Erfrierung. Ein Hammal (Lastträger) aus Konich, 21 Jahre alt, sah sein linkes Ohr in Folge von Erfrierung schnell anschwellen. Die Schwellung nahm bald den Character eines angiomatösen Tumors an, welcher leichte Blutungen zeigte. Als wir ihn zwei Jahre später beobachteten, war das Ohr 10 cm. lang, 5 cm. breit und 4 cm dick.

Bericht über die Verhandlungen der ersten Versammlung der deutschen otologischen Gesellschaft zu Frankfurt a. M. 1892.

Von

Dr. Sigismund Szenes in Budapest.

Zu Ostern (16.—18. April) fand die Gründung einer deutschen otologischen Gesellschaft statt, und nahmen an den Verhandlungen derselben folgende Herren Theil:

Dr. Appert (Karlsruhe), Dr. Asher (Heidelberg), Dr. Avellis (Frankfurt a. M.), Prof. Barth (Marburg), Dr. Bresgen (Frankfurt a. M.), Dr. Buss (Darmstadt), Prof. Bürkner (Göttingen), Dr. Dennert

Digitized by Google

(Berlin), Dr. Dorn (Braunschweig), Dr. Eulenstein (Frankfurt a. M.), Dr. Fischenich (Wiesbaden), Dr. Fischer (Hannover), Prof. Gottstein (Breslau), Prof. Guye (Amsterdam), Dr. Hansberg (Dortmund), Dr. Hartmann (Berlin), Dr. Heusler (Bonn), Dr. Heidenreich (Trier), Dr. Hirsch (Frankfurt a. M.), Dr. Jansen (Berlin), Dr. Joël (Gotha), Prof. Kessel (Jena), Prof. Killian (Freiburg i. B.), Prof. Kirchner (Würzburg), Dr. Kleinknecht (Mainz), Dr. Körner (Frankfurt a. M.), Dr. Koll (Aachen), Dr. Köbel (Stuttgart), Dr. Kretschmann (Magdeburg), Prof. Kuhn (Strassburg), Privatdozent Laker (Graz), Dr. Lauffs (Barmen), Privatdozent Lemcke (Rostock), Dr. Lewy (Hagenau), Dr. Linkenheld (Wiesbaden), Dr. Loewe (Berlin), Prof. Lucae (Berlin), Dr. Ludewig (Hamburg), Dr. Mayer (Mainz), Prof. Moos (Heidelberg), Dr. Müller (Frankfurt a. M.), Dr. Noltenius (Bremen), Dr. Pagenstecher (Wiesbaden), Dr. Reinhard (Duisburg), Privatdozent Rohrer (Zürich), Dr. Roller (Trier), Dr. Sacki (Pforzheim), Dr. Schubert (Nürnberg), Dr. Schütz (Mannheim), Dr. Schwabach (Berlin), Dr. Seligmann (Frankfurt a. M.), Privatdozent Siebenmann (Basel), Dr. Stacke (Erfurt), Dr. Szenes (Budapest), Prof. Trautmann (Berlin), Dr. Truekenbrod (Hamburg), Dr. Vohsen (Frankfurt a. M.), Prof. Wagenhäuser (Tübingen), Prof. Walb (Bonn), Dr. Walter (Frankfurt a. M.), Dr. Wegener (Hannover), Dr. Weil (Stuttgart), Dr. L. Wolff (Frankfurt a. M.) uud Dr. O. Wolf (Frankfurt a. M.).

Die Herren Prof. Gruber (Wien), Weigert (Berlin) und Zaufal (Prag) motivirten ihre Abwesenheit, ausserdem haben nooh 25 Abwesende ihre Mitgliedschaft erklärt.

Zu Vorsitzenden wurden die Herren Moos (Heidelberg) und Lucae (Berlin), zu Schriftführern Szenes (Budapest) und Vohsen (Frankfurt a. M.), zum Schatzmeister der Gesellschaft Oscar Wolf (Frankfurt a. M.) gewählt. Als Versammlungsort für nächstes Jahr wurde abermals Frankfurt a. M., als Zeitpunkt jedoch die Pfingstfeiertage bestimmt. In den Ausschuss wählt die Versammlung die Herren Bürkner (Göttingen), Kessel (Jena), Kuhn (Strassburg), Lucae (Berlin), Moos (Heidelberg), Walb (Bonn) und O. Wolf (Frankfurt a. M.), welche je ein österreichisch-ungarisches und schweizerisches Mitglied zu kooptiren haben.

Der wissenschftliche Theil der Versammlung wurde in 2 Sitzungen erledigt, und standen an denselben folgende Vorträge resp. Demonstrationen und Diskussionen an der Tagesordnung:

1. Lucae (Berlin): Heutiger Standpunkt der Ohrenheilkunde und deren fernere Aufgaben, auf Grund der in dem Sammelwerke von Hirsch und Virchow abgestatteten Berichte über die Fortschritte der Ohrenheilkunde für das Jahr 1866—1890.

L. erwähnt, dass in den erwähnten 25 Jahren nahezu 3000 otiatrische Aufsätze veröffentlicht wurden, doch können nur wenige hervorgehoben werden, die von bleibendem und allgemein anerkanntem Werthe wären. Als Fortschritt werden erwähnt die gesicherte Diagnose der Otitis media purulenta und die chirurgische Behandlung, diesen gegenüber zeigen

Digitized by Google

Diagnose und Therapie der als „trockene Fälle“ bezeichneten Sclerosen noch grosse Schwierigkeiten und keine allgemeine Uebereinstimmung. Endlich stellt L. drei Hauptpunkte auf, welche die schnellere Entwickelung der Ohrenheilkunde wesentlich gehemmt haben:

1. Die Thatsache, dass im Gegensatze zur Augenheilkunde, wo die Bearbeiter der physiologischen Optik bereits eine wissenschaftlich entwickelte, als Basis ihrer Untersuchungen dienende Pathologie vorfanden, dies in der Ohrenheilkunde nicht der Fall war und daher sowohl Helmholtz's epochemachedes Werk über die Tonempfindungen als auch die zum ersten Male die speziellen Abschnitte des Gehörorganes in Angriff nehmende Arbeit von Hensen keine Rücksicht auf die moderne Ohrenheilkunde nimmt.

2. Die missverstandene und häufig kritiklos ausgebeutete Schneckentheorie vom Helmholtz, welche, wie er selbst in der Vorrede der 3. Auflage seines Werkes sagt, ihm vollkommen entbehrlich scheint, da er im Texte nur durch physikalisch-mathematische Untersuchungen nachgewiesen habe, dass zur Erklärung des physiologischen Hörens im Gehörorgane Resonanzapparate vorhanden sein müssten und die Schneckentheorie eine reine Hypothese sei.

3. Die Flourens-Goltz'sche Annahme, dass die Bogengänge mit dem Hören nichts zu thun haben sollen und als Organe des Gleichgewichtes (Schwindel) aufzufassen seien. Auch diese Lehre haben viele Ohrenärzte irrthümlich diagnostisch ausgebeutet, ohne die vergleichende Anatomie berücksichtigt zu haben, wo diese Annahme, wie uns z. B. das Labyrinth der Vögel belehrt, keine Betästigung findet.

2. Kuhn (Strassburg): **Ein Fall von totaler Verwachsung des weichen Gaumens.**

Derselbe betrifft ein 16jährigs Mädchen, bei dem K. mit dem Pacquelin eine 2 Markstück grosse Oeffnung in den weichen Gaumen gebrannt und dieselbe mehrere Wochen lang durch Kautschuckdrains offen erhalten hatte. Späterhin liess K. der Kranken zur Verhütung einer Wiederverwachsung eine Hartkautschukplatte anfertigen, an deren hinterem Ende eine senkrecht aufsteigende Röhre, zum Einführen in die Gaumenöffnung, angebracht ist. Gebrauch und Konstruktion dieser Platte entsprechen der Gaumenplatte eines künstlichen Gebisses für den Oberkiefer.

Discussion:

Hartmann (Berlin) hat in einem Falle die Offenhaltung durch eine von der Nase aus eingeführte Gummiröhre bewirkt.

Dennert (Berlin) hat in einem ähnlichen Falle auch einen beiderseitigen Tubenverschluss gefunden, welcher eine hochgradige Schwerhörigkeit verursacht hatte. Letztere wurde durch wiederholte Incisionen in's Trommelfell behoben, nachdem hierdurch ein bleibendes Offensein des Trommelfelles erzielt worden war.

Lucae (Berlin) erwähnt in einem Falle mit total verwachsenem Gaumen eine undeutliche Aussprache der Nasenlaute (B statt M) gefunden zu haben.

3. Derselbe: Ein Fall von Rhinolithenbildung.

Derselbe stammt von einer 60jährigen Frau und enthielt einen Kirsch-

Digitized by Google

kern. Um denselben hatten sich ausgedehnte schwammige Granulationsmassen am Septum gebildet, wodurch die Nase völlig verstopft und der Sitz einer profusen übelriechenden und blutigen Eiterung geworden war. Die Vermuthung, es handle sich um eine maligne Geschwulst, wurde durch die microscopische Untersuchung nicht bestätigt, ebenso wenig, dass der bei einer späteren Untersuchung gefundene harte Körper im hinteren Drittel des unteren Ganges ein Sequester sei, zu dessen Bildung eine vor mehreren Jahren vorausgegangene Nasenverletzung wohl die Veranlassung hätte geben können.

Discussion:

Rohrer (Zürich) zeigt im Anschluss 2 Rhinolithen und einen Ptyolithen. Einer der ersteren hat eine Reflexneurose des Nervus accessorius Willisii verursacht, doch nach Entfernung des Concrementes sofort aufgehört.

Kessel (Jena) glaubt in ähnlichen Fällen sowohl die Gase als auch die Secrete der Nase untersuchen zu müssen.

Walter (Frankfurt a. M.) erwähnt einen Fall von Rhinolithenbildung, welcher nebst einseitiger übelriechender Eiterung auch heftigen Kopfschmerz verursachte, und da eine Durchleuchtung der betreffenden Seite nicht gelang, den Verdacht auf ein Highmorshöhlenempyaem geben konnte, doch war die Durchleuchtung nur durch die Compression der Wand der Highmorshöhle nicht gelungen.

4. Laker (Graz): **Die innere Schleimhaut-Massage und ihre Bedeutung für die Ohrenheilkunde.**

Durch wiederholte Anwendung des Verfahrens glaubt L. allmälich eine Umstimmung der Schleimhaut im Sinne einer ausgiebigen Besserung hervorzurufen, wodurch die krankhaften Beschwerden — Schmerzhaftigkeit der Schleimhaut, Blutungen, Secretion, Stenosen-Erscheinungen, Reflexneurosen — auch allmälich abnehmen. Gleichzeitig bestehende Mittelohrerkrankungen, bevor eine eigentliche Ohrbehandlung eingeleitet wurde, beginnen sich unter dem Einflusse der Massage ebenfalls zu bessern, die Veränderungen am Trommelfelle, die Verminderung der subjectiven Geräusche und die Vermehrung der Hörschärfe sind untrügliche Zeichen dafür; die Massage des Tubencanals unterstützt in wirksamster Weise die Wirkung der Dilatation. Bei acuten Mittelohrentzündungen mit Secretretention bewirkt die Massage des Tubenostiums eine Abnahme des Schwellzustandes. Von grösster Bedeutung jedoch ist die günstige Beeinflussung der Disposition zu oft sich wiederholenden Mittelohrerkrankungen, denn mit dem Erlöschen der beständigen Exacerbationen einer chronischen Rhinitis vermindert sich auch die Zahl der früher zu beständigen Wiederholungen neigenden Mittelohrerkrankungen, von denen jede das Sinnesorgan aufs Neue gefährdet.

Discussion:

Weil (Stuttgart) fragt nach der Technik der Massage. — Laker demonstrirte dieselbe.

Schwabach (Berlin) und Trautmann (Berlin) erwähnen anatomische Verhältnisse des Tubenostiums.

Digitized by Google

Siebenmann (Basel) fand an microscopischen Schnitten vom Hunde, dass an der Tubenmandel das characteristische Schwellgewebe fehlt.

Wagenhäuser (Tübingen) hat die Massage ebenfalls versucht und auch günstige Resultate erzielt, doch findet er, dass das Verfahren für den behandelnden Arzt sehr ermüdend ist.

5. Jansen (Berlin): Ueber Sinusthrombose mit Demonstration eines durch Eröffnung des Sinus transversus geheilten Falles.

J. demonstrirt einen Kranken, bei dem wegen schwerer Pyaemie und Empyaem des Warzenfortsatzes, mit den Symptomen von extraduralem Abscess und Jugularisphlebitis, an Lucae's Ohrenklinik nach der Aufmeisselung des Warzenfortsatzes der extradurale Abscess auch gefunden wurde; am nächsten Tage bestand noch die Pyaemie fort, der Sinus wurde punktirt, und als sich hier Eiter reichlich vorfand, wurde derselbe breit eröffnet und erwies er sich nach oben durch einen festen Thrombus geschlossen. Letzterer wurde entfernt und schliesslich erfolgte die Heilung mit einer tief eingezogenen Narbe am Warzenfortsatz.

Jansen berichtet hierauf über 27 Fälle von Sinusphlebitis aus Lucae's Klinik in den Jahren 1881—1892, hebt aus den statistischen Angaben das beträchtliche Ueberwiegen der Erkrankungen der linken Seite hervor und bespricht auch die Complicationen in Rücksicht ihrer Prognose und betont auch die Wichtigkeit der Diagnose der extraduralen Abscesse; von diagnostischen Anhaltspunkten wäre nur die Knochenauftreibung hinter dem Warzenfortsatz zuverlässig, denn die übrigen können selbst bei den grössten Abscessen fehlen. Die Prognose bezeichnet J. in Folge der Unsicherheit der Diagnose und der Unvollkommenheit des operativen Eingriffes, als ungünstig. Was die Heilungen betrifft, so wurden von den 27 Fällen 3 geheilt; 2 spontan, 1 durch Incision des vereiterten Sinus, alle 3 nach vorgenommener Eröffnung des Warzenfortsatzes.

Schliesslich demonsfrirt Jansen auch noch 2 Präparate. In einem Falle wurde nach Entleerung des extraduralen Abscesses der Sinus indicirt, nach 8 Tagen, der noch weiter bestandenen Pyaemie wegen, auch die Jugularis unterbunden; bei der Necroscpie: Necrose des Knochens im Sulcus transversus bis an das Foramen jugulare mit einem breiten, den Sulcus durchsetzenden Spalt im Knochen nahe dem Foramen, periphlebitischer Jauchherd am Bulbus venae jugularis unter dem Felsenbein, ein zweiter kleinerer neben dem Processus condyloideus, ein isolirter Infarct in der Lunge. Bei dem zweiten Präparate ist der Sinus gegen die Jugularis durch einen soliden Thrombus abgeschlossen, den Sinus selbst hat ein Thrombus, dessen Centrum in einen grossen Eiterherd umgewandelt war, beträchtlich ausgedehnt, ausserdem bestand eitrige Carebrospinalmeningitis; $3^1/_2$ Monate vor dem Tode war ein riesiger extraduraler Abscess entleert worden.

Discussion:

Schwabach (Berlin) erwähnt einen Fall, bei dem sowohl er als auch Gerhardt die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Sinusthrombose stellte. Letzterer nahm bei der Diagnose besonders Rücksicht auf die mangelhafte Füllung der Jugularis bei der Inspiration auf der kranken

Digitized by Google

Seite. Der Fall heilte nach Ablauf von 5 Wochen vollständig, und auch die Hörfähigkeit ging zur Norm zurück, ohne dass es zu einem operativen Eingriff gekommen war.

6. Moos (Heidelberg): Neubildung und Heilungsvorgänge bei Scharlach-Erkrankungen des Ohres mit Demonstration.

Die histologischen Befunde beziehen sich auf zwei Felsenbeine eines 3 Jahre nach vollständiger Scharlach-Ertaubung gestorbenen Mädchens, bei dem der Tod nach eitriger Basilar- und Convexitätsmeningitis erfolgte.*)

Discussion:

Jansen (Berlin) zeigt im Ansclusse die Photographie eines Präparates, an dem die Schnecke vollständig und die Bogengänge zum grossen Theile verknöchert sind; das Vestibubum ist auf einen sehr kleinen mit Granulationsgewebe erfüllten Hohlraum verkleinert, der Acusticus sehr atropisch, der Cochlearis fast ganz geschwunden. — Das Präparat entstammt einer Frau, welche an Lucae's Klinik 1882 von Pyaemie und Sinusthrombose geheilt wurde, 1890 aber auf's Neue an demselben Uebel erkrankte und an Meningitis gestorben war. Patientin stand durch viele Jahre hindurch unter Beobachtung, und wurde die C-Gabel fast regelmässig vom ganzen Schädel nach dem gesunden Ohre gehört; im Jahre 1884 ist notirt, dass auch bei mässig starkem Anschlage der fis-Gabel eine Empfindlichkeit vorhanden ist, sofort aber Schwindel auftritt.

Barth (Marburg) hält den von Jansen angeführten Fall für nicht beweisgiltig, weil die betreffende Patientin sowohl erhöhte Temperaturen, als auch verstärkten Schwindel simulirte.

Dennert (Berlin) erwähnt, schon 1877 behauptet zu haben, dass wir im Vorhof ein Organ für die Unterscheidung von Ruhe und Bewegung, in den halbcirkelförmigen Kanälen ein solches für periodische Bewegungen als solche und in der Schnecke für Töne besitzen, wenn nämlich die Anzahl dieser Bewegungen in der Sekunde eine gewisse Grenze überschreitet.

Lucae (Berlin) wendet sich gegen die Bogengang-Schwindeltheorie auf Grund eigener Erfahrungen, ebenso auch der Untersuchungen von Hensen.

Moos (Heidelberg) erinnert eben, in exceptionellen Fällen strenge prüfen zu müssen, weshalb trotz der Störung die betreffenden Erscheinungen nicht auftreten.

7. Barth (Marburg): Ueber sensorische Taubheit.

Barth theilt einen Fall von sensorischer Aphasie (Wernicke) mit, in welchem der Kranke hört, jedoch nicht versteht, was zu ihm gesprochen wird, es somit auch nicht nachsprechen kann, spontan aber mit unbeschränktem Wortschatz spricht. Per analogiam mit hochgradig Schwerhörigen nnd Tauben will B. diese Erkrankung in Zukunft als „sensorische Taubheit" bezeichnen, in Folge deren erst eine functionelle Störung der sprachlichen Associationsvorgänge auftritt. Die Musik hält B. ebenso wie die Sprache für ein Associationsproduct. Auch die fast regelmässigen

*) Der Vortrag ist in extenso in der Zeitschrift f. Ohrenheilk., Bd. XXIII, Heft 1, abgedruckt.. (Ref.)

Digitized by Google

Veränderungen im Character führt B. wenigstens zum Theil auf den Verlust der Hörfähigkeit zurück.

Discussion:

Kessel (Jena) ist der Ansicht, dass in den Centren der Medulla oblongata die Empfindung der Stärke und Höhe zu Stande kommt.

Barth meint, die Taubstummen beweisen den engen Zusammenhang zwischen Sprache und Hörsphäre, ferner bildet ein Klangbildcentrum keine unbedingte Voraussetzung für die Sprachfähigkeit.

Lucae (Berlin) glaubt für Geräusch und Klang je besondere Apparate im Labyrinthe annehmen zu müssen.

8. Rohrer (Zürich): Ueber den Torpor des Nervus acusticus.

Rohrer hat in den letzten 2 Jahren 11 Fälle von Torpor nervi acustici beobachtet, bei Kranken, welche zumeist in Folge von Catarrh oder nach Erkältungen an progressiver Schwerhörigkeit litten; die Perceptionszeit für die Kopfknochenleitung für Stimmgabeln war bedeutend herabgesetzt oder ganz aufgehoben, die hohen Töne jedoch waren erhalten. Der Weber'sche und Rinne'sche Versuch, ferner die Gellé'schen pressions centripètes ergeben verschiedene Ausfälle. Das Trommelfell war bald mässig, bald hochgradig getrübt, bald zeigte es völlige Opacität, der Hammer war retrahirt und die Tuben waren für Luft bald stärker, bald schwächer durchgängig. In 5 Fällen war nach einer pneumatischen Behandlung mit Catheter und Rarefacteur die Perceptionszeit für Stimmgabeln bei der Kopfknochenleitung wieder hergestellt, womit eine Verbesserung der Hörweite überhaupt Hand in Hand ging.

Ein lange Zeit hindurch anhaltender Torpor wird Atrophie der Nerven und auch Labyrinthtaubheit nach sich ziehen, und kann derselbe auch eine verhängnisvolle Rolle in der Aetiologie der aquirirten Taubstummheit spielen.

Discussion:

Walb (Bonn) erwähnt, bereits früher*) darauf aufmerksam gemacht zu haben, dass selbst in Fällen von hochgradiger Taubheit mit absolutem Fehlen der Knochenleitung, nach Besserung des Zustandes, durch die Behandlung, die Knochenleitung wiederkehrte; in solchen Fällen dürfte es sich kaum um eine Affection des Acusticus handeln.

Rohrer bemerkt diesem Einwande gegenüber, dass es sich hier nur um die Perception hoher Töne handelte, während bei einer Labyrinth-Affection dieselben fehlen.

9. Lemcke (Rostock): Ueber Ursachen und Verhütung der Taubstummheit, an der Hand in Mecklenburg gemachter Erfahrungen.

Lemcke nimmt, auf Grund der in seinem Beobachtungsgebiet gemachten Erfahrungen, multiple Ursachen der Taubstummheit an, und unterscheidet terrestrische, sociale, individuelle und unmittelbare Ursachen. Zu den terrestrischen Ursachen gehören: 1) Höhenlage, 2) geologische Structur des Bodens, 3) das Wasser in seinen verschiedenen Erscheinungsformen, 4) das durch diese Factoren zum Theile bedingte Klima. Sociale Ursachen sind: 1) Wohndichtigkeit, 2) Race, 3) Con-

*) Siehe Szenes: Bericht über die otiatrische Section der Naturforscher-Versammlung in Halle. Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 12, pag. 332, 1891.

Digitized by Google

fession, 4) Geschlecht, 5) ökonomische und hygieinische Lage der Eltern. Individuelle Ursachen sind: 1) Alter der Eltern bei der Verheirathung bezw. bei der Geburt des Taubstummen, 2) Fruchtbarkeit und Geburtsfolge in den Taubstummenfamilien, 3) Verwandtschaft der Eltern, 4) pathologische Belastung. Unmittelbare Ursachen waren folgende Gebrechen, und waren 55 % aller Taubstummen durch diese Krankheiten zu Gebrechlichen geworden: Gehirnaffectionen, Scharlach, Ohrenkrankheiten, Masern, Verletzungen, Rhinitis, Typhus, Keuchhusten, Diphtherie, Luës, und Variolois.

38 % aller Taubstummen waren mit folgenden Uebeln behaftet: Scrophulose, Tuberculose, Rhachitis, Luës, Hemmungsbildungen, Blödsinn, Epilepsie, Lähmungen, Psychosen, Sehstörungen, maligne Neubildungen. Locale Processe wurden bei 60 % der Gesammtsumme von 533 constatirt. Bei 25 % aller Taubgewordenen wurden bei der Untersuchung folgende otologische Processe gefunden: chronische Eiterung, Polypen, Cholesteatom, Caries mit Sequester, Parese und Paralyse des Facialis, und in keinem einzigen Falle war auch nur der ernst gemeinte Versuch gemacht worden, die das Leben direct bedrohenden Krankheiten zu heilen oder auch nur zum Stillstand zu bringen.

Schliesslich kommt Lemcke in seinen Erörterungen zu dem Schluss, dass durch ähnliche Untersuchungen und Forschungen am sichersten auf die Wege zu kommen wäre, auf welchen man dem Gebrechen wirksam entgegensteuern könnte, und wäre auch die Ohrenheilkunde in der Berufsbildung der Aerzte gebührend zu berücksichtigen und keinem Arzte die Approbation zu ertheilen, der seine Kenntnisse und Fähigkeiten in dieser Disciplin nicht genügend nachgewiesen habe.

Discussion:

Hartmann (Berlin) erwähnt, schon auf der Naturforscherversammlung in Baden-Baden den Antrag auf eine allgemeine Taubstummen-Statistik zur Annahme gebracht zu haben, doch kann eine solche nur von Einzelnen geschaffen werden. — Bezüglich der Aufnahme der Ohrenheilkunde als Prüfungsgegenstand, gelang es Hartmann, dieselbe beim Aerztetag in München durchzusetzen.

10. Hartmann (Berlin): **Sciopticum-Demonstrationen.**

Hartmann projicirt mit dem Sciopticum Bilder von normalen und pathologischen Nasen- und Ohrdurchschnitten.

11. Siebenmann (Basel): **Demonstration von Weichtheil- und Trockencorrosionspraeparaten des Ohres.**

Siebenmann demonstrirt dieselben ebenfalls mit dem Sciopticum.

Discussion:

Killian (Freiburg i. B.) erwähnt einen Apparat zur Projection laryngo- und otologischer Bilder construirt zu haben. An denselben befindet sich hinter der Oeffnung des Reflectors ein Prisma, dessen Spiegelbild mittelst Linse vergrössert wird; zur Beleuchtung ist eine starke Bogenlampe nöthig.

Loewe (Berlin) erwähnt die Stein'sche Vorrichtung zur Photographie des Trommelfelles.

Digitized by Google

12. Vohsen (Frankfurt a. M.): **Demonstration einer Anzahl nach Stacke operirter Fälle.**

Es sind das 6 Kranke, bei denen die Behandlungsdauer 1½ bis 2½ Monate bis zur Trockenheit währte; in 2 Fällen wurde das Antrum mit eröffnet.

13. Lucae (Berlin): **Demonstration einiger Instrumente.**

a. Verbesserte Drucksonde, welche durch sichere und dabei sanfte Bewegung weniger schmerzhaft ist.

b. Instrument zur Entfernung fremder weicher Körper. An demselben sind 2 gegeneinander gebogene Drahtenden in schaufelartige Häkchen verwandelt und gestatten ein festes Eindrehen in den fremden Körper.

c. Antiseptischer Catheter. Ein gewöhnlicher silberner Catheter mit einem, oben ein Knöpfchen tragenden, silbernen Mandrin.

d. Ein Cylinder auf g^6 (sol 8) abgestimmt, welcher durch einen stets mit derselben Höhe den Cylinder treffenden Hammer angeschlagen wird, so dass der Hammer beim Herabfallen zunächst eine unter demselben angebrachte Feder herabdrückt, welche nach geschehenem Anschlagen den Hammer verhindert, den Cylinder auf's neue zu berühren.

(Schluss folgt.)

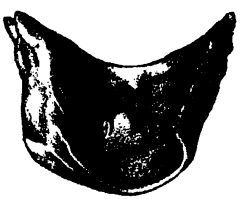
Tracheapolyp.

Von

Dr. **Georg Avellis** — Frankfurt a. M.

I. Assistent von Prof. Dr. Moritz Schmidt.

Die primären Neubildungen der Trachea gehören zu den grössen Seltenheiten, die benignen sowohl wie die malignen.



Unter den letzteren sind eine Anzahl primärer Krebse und Sarcome der Luftröhre beschrieben worden, unter die ersteren zählen wir ausser den ganz seltenen Osteomen und Ecchondromen die Polypen und Fibrome. Die manchmal in der Trachea zur Entwickelung kommenden abgesprengten Strumen können wir nicht zu den Neubildungen rechnen. Dahin gehören die Fälle von Ziemssen[1]), P. Bruns[2]), Meyer-Huni[3]), Raclestock[4]) u. A.

Es bleiben also nur die Ecchondrome, Osteome und vor allem die Polypen der Trachea unter den gutartigen Neubildungen übrig. Dass dieselben soviel seltener in der Luftröhre als im Kehlkopfe zur Beobachtung gelangen, dafür darf man wohl ohne Zwang die ziemlich passive Rolle der Luftröhre gegenüber den activen Funktionen des Kehlkopfes als Grund anführen.

[1]) Handb. d. spec. Path. u. Ther. 4, I.
[2]) Ueber Laryngotomie p. 202, 1878.
[3]) Correspondenz-Bl. d. Schweiz. Aerzte 1881, 14.
[4]) Beiträge zur path. Anatomie etc. III. 3, 1888.

Digitized by Google

Die ersten Beobachtungen von Tracheapolypen rühren von Türck[1] aus dem Jahre 1881.

Er sah einmal ein glattes, von der hinteren Wand ausgehendes 2—4 mm dickes Fibrom und ein zweites Mal kleine polypöse Wucherungen in der Tiefe der Trachea.

Gibb[2]) erwähnt einen Fall von „Cystic tumour" an der vorderen Wand der Trachea, welcher spontan barst. Das war wohl ein Abscess und keine Neubildung. Derselbe Autor erwähnt auch einen wirklichen Tracheapolypen.

Fifield[3]) erzählt die Geschichte einer von Kurzathmigkeit attackenweis befallenen Frau, deren linker Bronchus vollkommen bedeckt war von einem festen röthlichen Tumor. Der Stiel sass an der Trachea, dicht an der Mündung des Bronchus, so dass der Tumor einen klappenartigen Verschluss bildete.

Einen sehr ähnlichen Fall stellte Betz[4]) auf der 58. Naturforscherversammlung vor. Es handelte sich hier um eine an Dyspnoeanfällen leidende Frau, die, wie die Autopsie zeigte, einen 5 ctm langen Tracheapolyp hatte, der in beide Bronchien hinein ragte. Es war ein Fibrosarcom.

Den von Schroetter[5]) berichteten, durch endolaryngeale Operation geheilten Fall von Tracheatumor rechnen wir nicht hierher, da es sich um ein Sarcom, also um eine bösartige Neubildung handelte.

Stoerk[6]) beschreibt 2 Fälle von multipler Papillombildung gleichzeitig im Kehlkopfe und in der Luftröhre. Dieselbe Beobachtung machte Ozanam[7]), der die Papillome mit Zange und Guiollotine operirte und so Heilung erzielte.

Einen anderen Sitz hatte eine gestielte Papillomwucherung, die Stoerk[8]) bei einem 42jährigen Manne sah: nämlich an der Bifurcationstelle der Trachea.

Mackenzie[9]) sah 4 Fälle von gutartigen Neubildungen der Trachea. Es handelte sich immer um Polypen.

Ob nicht der von Mackenzie, Johnston und Cotterill[10]) berichtete Fall von intratrachealem Tumor ein Sarkom war, bleibt zweifelhaft. Diagnosticirt war zunächst ein Fibrom.

Einen 1 cm im Durchmesser grossen fibrösen Polypen in der Trachea beobachtete und operirte ferner Braun[11]).

Fletcher-Jugals[12]), Henry Crutchley[13]), Piencazek[14]).

---

[1]) Klinik d. Krankh. d. Kehlk. etc. p. 502.
[2]) P. 392.
[3]) Boston med. and. surg. journ. 1861, Nov.
[4]) 58. Versamml. deutscher Naturf. 1885.
[5]) Wien. med. Jahrb 1868, p. 64—72.
[6]) Klinik d. Krankh. d. Kehlk. 1880.
[7]) Trib. méd. 13. V., 1888.
[8]) L. c.
[9]) Krankh. d. Halses u. d. Nase. Deutsche Ausgabe. S. 706.
[10]) Edinburgh med. Journ., Juni 1886.
[11]) Wien. med. Blätter 30, 1889.
[12]) Annal. des mal. de l'or. 1884, S. 365.
[13]) Lancet, 8. XI., 1883.
[14]) ?

Digitized by Google

Langlet[19]), Masini[20]) und Meyer-Hüni[21]) sahen ebenfalls gutartige Neubildungen in der Trachea.

Diesen Beobachtungen, die wir glauben, vollständig aufgezählt zu haben können wir in Kürze auch einen eigenen Fall hinzufügen.

Ich sah den betreffenden Patienten nur ein einziges Mal. Es handelte sich um einen ca. 50jährigen Mann, der an einer kolossalen Struma und bedeutender Athemnot seit langer Zeit litt. Ich wurde hinzugezogen, weil der Patient seit kurzem (bei einem normalen Lungenbefunde) Blut hustete. Pharynx und Nasenrachenraum waren hyperaemisch, das linke Stimmband gelähmt (durch Druck der Struma auf den Recurrens) und in Cadaverstellung fixirt, der Kehlkopf stark skoliotisch nach links verzogen und die Trachea seitlich comprimirt. In der Tiefe sah ich undeutlich einen Körper sich bei der Athmung etwas bewegen. Genauer konnte ich mich nicht über diese Erscheinung orientiren, da ich als Beleuchtungsquelle nur ein Küchenlämpchen zur Verfügung hatte. Die Quelle der Blutung war nicht zu entdecken. Ich bestellte den Patienten in meine Wohnung, damit ich ihn bei besserer Beleuchtung untersuchen könnte, doch wurde derselbe schon am nächsten Tage fest bettlägerig und starb an einer lobären Pneumonie. Bei der Sektion fand sich das linke Stimmband etwas atrophisch, sehr fibröse, kolossale Struma und am 7. bis 8. Trachealring ein von oben nach unten sich zuspitzender, ins Lumen frei hineinreichender Polyp, wie ihn die Abbildung zeigt. Er war, wie die ganze Tracheaschleimhaut, etwas hochroth, mässig weich, nicht blutreich und liess sich leicht mit der Sonde hin- und herbewegen. Die Zeichnung ist nach dem in Alkohol gehärteten Präparat angefertigt und zeigt also den Polypen, der im Leben natürlich grösser war, bedeutend geschrumpft. —

Am unteren Theil des Rückens der Leiche fand sich ein beginnendes Sarcom. Metastasen waren sonst nicht aufzufinden, —

Es kommen also in unserem Falle 3 Umstände für das Zustandekommen der Dyspnoe in Betracht: 1. die Stimmbandlähmung, 2. die Compression der Trachea, 3. der Tracheapolyp. Diese Combination der Umstände wirkte natürlich recht ungünstig. Ob die chronische Hyperaemie der Tracheaschleimhaut (Patient war auch sehr fett) und die Compression der Luftröhre als ein die Entstehung der Polypen begünstigendes Moment aufgefasst werden darf, bleibt eine offene Frage.

Pharyngitis acuta infectiosa phlegmonosa.

Dr. Max Schaeffer (Bremen).

Am 4. Januar 1891 wurde ich zu einer Consultation zu Herrn W. 45 Jahre alt, Geschäftrreisenden, gerufen. Patient war erkältet von der Reise zurückgekommen und am 27. December unter eigenartigen Erscheinungen erkrankt, soll nur mässiges Fieber gehabt und sich ziemlich wohl befunden haben; denn am 1. Januar machte er noch seine Neujahrsbesuche,

[19]) Un. méd. et scient. du N. Est. 1887.
[20]) Riforma med. 275, 1886.
[21]) Correspondenzblatt f. schweiz. Aerzte, 1881.

Digitized by Google

wobei er ziemlich viel schweren Wein genossen hatte. Vom 2. Januar an stellten sich mit Schüttelfrost heftige Schluckbeschwerden und Kurzathmigkeit ein, welche dem Patienten auch Nachts keine Ruhe finden liessen. Es waren Priessnitz'sche Umschläge, Chinin und Gurgelungen verordnet. Fieber mässig.

Am 4. Januar, Mittag 1½ Uhr, sah ich Patienten zuerst. Derselbe war sehr wohlgenährt, fett, sah sehr blass, pastös aus, war ziemlich dysponoisch. Puls klein und schwach. Herzdämpfung bedeutend vergrössert; Fieber nicht vorhanden.

Bei der Untersuchung erwiesen sich die Tonsillen und die Schleimhaut der hinteren Pharynxwand wenig geröthet, nicht geschwellt. Trotzdem klagte Patient über heftige Schluckbeschwerden.

Die laryngoskopische Untersuchung, welche ziemlich schwierig war, ergab, dass die Epiglottis turbanartig zusammengezogen, infiltrirt, namentlich links daumendick, rechts weniger geschwellt, oedematös erysipelatös aussehend.

Die Aryfalten mässig geröthet, oedematös aussehend. Das Larynxinnere war nicht zu sehen, doch sprach Patient nicht heiser.

Die Sinus pyriformes sahen schmutzig-grau-weiss-roth aus, waren fast verstrichen.

Die Kehlkopfgegend war gegen Berührung von Aussen schmerzhaft.

Bei diesem Befunde stellte ich die Diagnose auf Pharyngitis acuta infectiosa phlegmonosa.*)

Ich schlug für den Abend 6 Uhr die Tracheotomie vor, für den Fall, dass die Dyspnoe durch vorher zu machende Incisionen in die infiltrirten Theile, durch Verabreichung von Chinin in grösseren Dosen, Cognac, durch Application warmer Umschläge um den Hals (Kälte vertrug Patient absolut nicht), sich nicht gebessert hätte.

Die Infiltrationen kamen mir nämlich nicht so bedeutend vor, dass ich die Dyspnoe darauf allein zurückführen konnte, vielmehr dachte ich an eine beginnende Herzlähmung mit baldigem schlechtem Ausgange, und wollte nicht, dass Patient uns während der Tracheotomie stürbe. — Ich machte tiefe Incisionen in die Epiglottis, welche viel Blut, aber keinen Eiter entleerten und Erleichterung beim Schlucken schafften, die Dyspnoe aber nicht beeinflussten.

Um ½4 Uhr wurde ich bereits wieder zu dem Patienten gerufen, welcher sehr kurzathmig und hinfällig geworden war. Verabreichung von Wein, Cognac. Nochmals Incisionen, auch in die Aryfalten. Zugleich führte ich Schrötter's Hartgummirohr No. 7 ein, welches anstandslos den Larynx passirte, und durch welches Patient gut athmen konnte. Blut kam aus der Trachea nicht.

Patient konnte auch sehr gut ohne Rohr athmen und erholte sich.

Um 4½ Uhr werde ich wieder gerufen, ich hatte Rohr No. 10 und

*) Senator, Berlin. klin. Wochenschr., No. 5. 1888.
Baruch, „ „ „ No. 13. 1888.
Samter, „ „ „ No. 18. 1891.
Dubler, Virchow's Archiv, Band 126, Heft 3, pag. 438, welcher den Streptococcus erysipelatosus als Ursache dieser Erkrankung nachgewiesen hat.

Digitized by Google

eine Aetherlösung zu Injectionen holen wollen, und bis ich komme, ist Patient todt.

Der Krankenwärter versicherte mir, Patient hätte ganz gut geathmet, wäre nur sehr unruhig geworden, im Zimmer herumgegangen, hätte sich dann hingesezt, tief aufgeathmet und wäre todt umgesunken.

Am 6. Januar Morgens wurde die Section gemacht. Das Herz war nochmal so gross, als normal; die Herzmuskulatur sehr verdünnt, verfettet. Keine Blutcoagula. Lunge sehr blutreich, lufthaltig. Larynx völlig frei. Epiglottis geröthet, die Schnitte wie die durch eine blutreiche Milz aussehende Aryepiglottische Falten, resp. Gewebe nach den Sinus pyriformes und dem Osophaguseingang zu ganz von Eiter durchtränkt, nicht in grösseren Herden, sondern punktförmig durchsetzt.

Die Diagnose war also voll bestätigt.

Patient war offenbar einer Herzlähmung erlegen, und wäre eine Tracheotomie entchieden nutzlos gewesen.

Ein Fall der sogenannten „Angina ulcerosa benigna" (Heryng).

von Dr. **Johann Sedzeak.**

Ehemaliger Assistenz-Arzt in der Abtheilung für Hals- und Lungenkrankheiten im Heiligen Geist-Hospital zu Warschau.

In diesem Jahre in den Nummern 7 und 8 der „Gazeta Lekarska" veröffentlichte Heryng eine Arbeit unter dem Titel: „Ueber die benignen Pharynx-Geschwüre". In dieser Arbeit beschreibt der Verfasser eine, seiner Meinung nach, zu den grössten Seltenheiten gehörende, bisher noch nicht beschriebene Krankheit, der er den zeitweiligen Namen: „Angina ulcerosa benigna" giebt. Das Bild dieser Krankheit ist folgendes: „Das benigne Pharynx-Geschwür erscheint gewöhnlich an einer Seite und einzeln, seltener an beiden Seiten, immer in Gestalt eines ovalen, oberflächlichen, beständig am vorderen Bogen in der Nähe der Mandeln gelegenes Geschwüres. Seine Ränder sind scharf, meistentheils ohne entzündete Zone, mit etwas vertieftem Boden, anfangs mit einem gräulich weissem Secrete bedeckt, welches sich nur mit Schwierigkeit entfernen lässt. Die Länge des Geschwüres ist ungefähr 1 cm die Breite 6—8 mm. Das Geschwür blutet nicht bei Berührung und ist im Allgemeinen wenig schmerzhaft. Die Schleimhaut, auf welcher es erscheint, ist etwas geröthet und geschwollen. Etwas weiter spricht der Verfasser Folgendes: „Nach zwei oder drei Tagen zeigen sich auf dem Boden des Geschwüres rothe Punkte, die warzige Schicht reinigt sich, von den Rändern zieht sich das Epithelium in der Richtung nach der Mitte. Schliesslich verschwindet das Secret und nach Verlauf von 10—12 Tagen kehrt Alles wieder in seinen normalen Stand zurück, ohne dass sich das narbige Gewebe neubildet."

Ich habe diesen Abschnitt absichtlich im Ganzen vorgeführt, um zu zeigen, dass der Fall, welchen ich kurz nach der Veröffentlichung des obigen Artikels beobachtet habe, obgleich er von zehn von Heryng beobachteten Fällen etwas abweicht, ihnen dennoch sehr ähnelt, hinsichtlich des Aussehens der Geschwüre, sowie auch Verlaufes der Krankheit, so dass ich keinen Augenblick zögerte, ihr den Namen: „Angina

Digitized by Google

ulcerosa benigna“ zu geben, umsomehr, da die bacteriologische Untersuchung, welche ich in diesem Falle unternahm, die obige Diagnose völlig bestätigte. D., ein Arbeiter — 24 Jahr alt — kam in meine Privat-Poliklinik am 20. Februar 1892. Er klagte über allgemeine Schwäche, welche einige Tage gedauert hatte, und Schmerz beim Schlingen — nicht sehr bedeutend, und welcher sich erst seit zwei Tagen vorher eingestellt hatte. Zur selben Zeit bemerkte der Kranke, wie er behauptet, „kleine Wunden“ im Halse, zuerst an der rechten, dann linken Seite, welche ihn beunruhigten und veranlassten, ärztliche Hülfe zu suchen. Vorher gänzlich gesund. Kein Missbrauch in Baccho et in Venere (seit einem Monate verheirathet, seine Frau, die ich auch genau untersuchte, ist vollständig gesund). Syphilis nicht vorhanden; er behauptet indess, dass er seit längerer Zeit ein leidenschaftlicher Raucher ist und in letzterer Zeit ungewöhnlich viel geraucht hatte (ungefähr 50 Cigarretten täglich). Er meint, dass dies die Ursache seines gegenwärtigen Leidens sei. Nach näheren Nachfragen behauptet der Kranke ganz entschieden, im vorigen Jahre, mehr oder weniger in demselben Zeitraume, an gleichen Wunden an denselben Stellen gelitten zu haben. Damals waren die Schmerzen im Halse weniger bedeutend, und die ganze Krankheit verschwand ohne ärztliche Behandlung in kurzer Zeit. Es muss hinzugefügt werden, dass der allgemeine Zustand damals wohl besser gewesen sein mag, als gegenwärtig. Bei der sorgfältigen Untersuchung fand ich Folgendes: ein sehr gut gebauter und ernährter Mann, stöhnend, über allgemeine Erschöpfung, Appetitlosigkeit klagend. Temperatur indess nur etwas erhöht (ungefähr 38,5). Puls 82 parvus et mollis. In den inneren Organen (Lungen, Herz als auch Bauchhöhle) konnte ich keine Veränderungen entdecken. Keine Spur von Syphilis. Weder die Hals-, noch die Inguinaldrüsen waren vergrössert. — Kein foetor ex ore. — In der Nase — vorne: deviatio septicartiloginosi arcualis dextra laevis; hypertrophia concharum inferiorum et conchae mediae sui modica. — Hinten fand ich (mit Hilfe der Rhinoscopia post.) mit Ausnahme unbedeutender Hypertrophie der hinteren Enden der unteren Muschel keine grösseren Veränderungen. Im Kehlkopfe leichte Trübung der wahren Stimmbänder. In der Mundhöhle jedoch an den Stellen, auf welche der Kranke zeigte — nämlich auf beiden hinteren Bögen konnte man zwei, sich an beiden Seiten des Zäpfchens in der Entfernung 1 cm von seiner Basis symmetrisch befindenden Geschwüre bemerken — an der rechten Seite das Geschwür, etwas kleiner und weniger deutlich. Die Ulcerationen sind oval. Der grösste Diameter — parallel mit den Bögen — ungefähr 1 cm. — Der kleinere — perpendicular mit dem obigen ungefähr 6 mm. Die Ränder dieser Geschwüre sind scharf abgethelt von den angrenzenden, wenig veränderten (leichte Röthung und Schwellung) Geweben. — Die Ulcerationen selbst sind oberflächlich mit einem gräulichweissen Secrete bedeckt. Bei Berührung mit der Sonde wenig schmerzhaft — nicht blutend. Das Secret schwer zu entfernen. Die übrigen Theile der Schleimhaut, Mund und Rachenhöhle zeigen durchaus keine Veränderungen. Dem Kranken wurde Chinin (0,3) und Gurgeln mit Borsäure verordnet. Schon nach ein paar Tagen bei dieser indifferenten Behandlung fing der Schmerz im Halse an nachzulassen — das Aussehen der Geschwüre verbesserte sich — sie fingen an sich zu reinigen. Der

Digitized by Google

allgemeine Zustand jedoch verbesserte sich relativ nur wenig (das Fieber nahm fast ganz ab, aber die Schwäche hielt an). Eine Woche später, d. h. 28. 2. 92, verschwanden die Geschwüre, ohne irgend welche Spuren (Narben) zu hinterlassen. Der allgemeine Zustand verbesserte sich auch, obgleich die Schwäche bis zu einem gewissen Grade noch fortdauerte. Auf diese Weise dauerte die ganze Krankheit ungefähr 10 bis 12 Tage. Ungefähr am vierten Tage der Krankheit nach sorgfältiger Reinigung der Geschwüre (Gurgeln mit 4 $_0/^0$ Borsäure) entfernte ich einen Theil des Secrets (von beiden Ulcerationen besonders) vermittelst einer sterilisirten Curette — zum Zwecke microscopischer Untersuchungen. Von den tieferen Schichten entnahm ich mit Hilfe einer glühend-heissen Platina-Nadel etwas von dem Sekret und übertrug es auf Agar-Agar (Strich-Cultur). Weitere Untersuchungen machte ich im bacterologischen Laboratorium des Kindlein Jesus-Hospital unter der Leitung des Dr. Jakewski — Chefs des Laboratoriums — und mit dem Beistande des Collegen Dobrowolski.

Das Secret in gewöhnlicher Weise auf Object-Gläser vorbereitet und mit Gentiana violett gefärbt (eine sehr praktische Methode beschrieb Dr. Swiatecki in No. 10 der „Gazeta Lekarska", d. h. Färbung durch Fliesspapier an Objectgläsern) zeigten sich in beiden Ulcerationen identisch — nämlich es wurden verschiedene Bacterien gefunden — besonders Coccen in verschiedenen Formen: einzeln, zu zweien (diplococci), in Häufchen (zoogloea), schliesslich in kürzeren und längeren Ketten (Streptococcen). Der Theil des Secrets — auf Agar übertragen — wurde in Thermostat bei einer Temperatur von 37 ° C. hineingesteckt. Nach ein paar Tagen erst konnte man auf der Oberfläche des Agars ausser Verunreinigungen durch die Cultur — besonders Staphylococcus pyogenes aureus — zwei Sorten von Culturen bemerken, — die eine in Gestalt von klaren weisslichen Pünktchen, die andere bedeutend grösser als die obige. Diese Culturen sah zu dieser Zeit Dr. Bujwid und erkannte in ihnen dieselben, die er in Heryngs Fällen cultivirt hatte und denen er den Namen: „streptococcus monomorphus et variegatus" gab. — Einen Theil der Cultur dieser zwei Sorten von Bacterien impfte ich auf frischen Boden (Agar-Agar) und erhielt eine fast reine Cultur der obigen Bacterien, welche ich unter dem Microscope (bei Anwendung von Abbés Beleuchtungsapparat und des öligen Immersions-Systems — sowohl nicht gefärbte — in hängenden Tropfen (d. h. im lebenden Zustande) — als auch mit Gentiana-violett gefärbte — untersuchte. Ich fand ausser Coccen — einzelnen zu zweien und in Häufchen — hauptsächlich zwei Sorten von Streptococci. Die einen — kürzeren — waren von kleineren coccen, zu zweien (diplococci) zusammengesetzt, gebildet; die andern hingegen zeigten hauptsächlich lange, unregelmässig geschlängelte Fäden (in einem derselben zählte ich ungefähr 40 diplococci), aus grösseren Coccen bestehend, ebenfalls zu zweien zusammengesetzt. — Die letzteren färbten sich ungleichmässig — nämlich es waren in solchen Fäden Stellen (diplococci), welche sich entweder viel schwächer oder fast garnicht mit Gentiana-violett färbten. Zu weiteren Untersuchungen übertrug ich einen Theil der Strich-Cultur (auf Agar-Agar) auf Bouillon — und nachdem sie einige Tage hindurch im Thermostaten aufbewahrt war, bemerkte ich Trübung der Bouillon — hauptsächlich in den unteren Theilen, wo man kleine Fleckchen bemerken konnte. Ich versuchte auch Culturen auf Schaalen (Petri'sche), aber das Resultat

Digitized by Google

war negativ. Und in der That gedeihen diese Culturen (wie ich von Dr. Bujwid mündlich erfuhr) auf den Schaalen nicht. Weiter habe ich Impfungen an Meerschweinchen gemacht, nämlich — eine dreitägige Cultur impfte ich 1. auf die Schleimhaut der Vagina an der rechten Seite; 2. an der Conpunctiva der unteren rechten Augenlider; 3. auf die Schleimhaut der inneren Oberfläche der Oberlippe, auch an der rechten Seite. Ausgenommen jedoch eine leichte Röthung an den geimpften Stellen, welche sich indess schnell verlor, konnte man weiter keine wichtigen Veränderungen beobachten. — Auf diese Weise war das Resultat in meinem Falle, als auch in denen von Bujwid negativ.

Dies ist die genaue Beschreibung dieses Falles, welchen ich wegen seiner Seltenheit, sowie auch der ausgeführten bacteriologischen Untersuchung — (in Heryng's Fällen in zwei auf zehn, in denen von Massucci [1]) in einem auf drei) der Veröffentlichung werth hielt.

Bei dem Vergleiche meines Falles mit den von Heryng beobachteten Fällen kann man sich leicht überzeugen, dass sie sich vollständig ähnlich sind. Dies wäre ein typischer Fall von: „angina ulcerosa benigna", wenn nicht gewisse Verschiedenheiten, insbesondere bezüglich der Lokalisation des krankhaften Prozesses beständen. So z. B. behauptet Heryng, auf Grund seiner 10 Fälle, (was betreffs dieser ausserordentlich seltenen Krankheit eine gewissermassen bedeutende Zahl ausmacht), dass diese Ulcerationen sich nur auf den vorderen Bogen befinden und es *bis* zu einem gewissen Grade „signum pathognomonicum" für diese Krankheit ist.

Dass dies aber nicht immer so ist, beweist mein Fall; Professor Masucci scheint auch — wenigstens nach den folgenden Worten zu urtheilen: „l'ulceration est oblongue et affecte, comme siège de predilection la voûte de palais et les fliers" — nicht den vorderen Bögen diese Bedeutung, welche Heryng ihnen giebt, zuzuschreiben. Dass in den vorderen Bögen öfters diese Affection als in hinteren erscheinen kann, scheint mir nicht dem geringsten Zweifel zu unterliegen wegen der grösseren Reizung der ersteren von der Seite der mechanischen oder thermischen Insulten. Es kann auch sein, dass die vorderen Bögen irgend einen anatomischen Unterschied (so z. B. grössere Anzahl von Drüsen, Charakter des Epitheliums selbst, grössere Anzahl von Gefässen etc.) im Vergleiche mit den hinteren (und auch den übrigen Stellen der Mund-Schleimhaut) vorstellen. Diese Frage lässt sich nur auf dem Wege der entsprechenden anatomo-pathologischen Untersuchungen (welche sehr wünschenswerth wären) entscheiden. Ich bedaure sehr, dass ich — da ich jetzt mit einer anderen Arbeit, auch im Gebiete der pathologischen Anatomie beschäftigt bin — diese Frage nicht unternehmen kann. Auch kann die einzelne Erscheinung dieser Ulcerationen nicht als beständiges Symptom betrachtet werden, da Heryng selbst schon in einem auf 10 seiner Fälle doppelseitige symmetrische Geschwüre beobachtete. Dasselbe war in meinem Falle. Heryng sah auch diese Ulcerationen immer in der Nähe der Gaumenmandeln. In meinem Falle, umgekehrt, waren dieselben im oberen Abschnitte der hinteren Bögen ungefähr 1 cm vom Zäpfchen entfernt. Mein Fall ist auch in dieser Richtung bemerkenswerth, weil es in „anamnesi" gewisse Einzelheiten gibt, welche bis zu einem gewissen Grade, so viel man sich natürlich auf die Aussage des

[1]) Die Heryng'schen Rachenulcerationen. Int. Centr. No. 4. p. 504, 1892.

Digitized by Google

sonst ziemlich intelligenten Kranken verlassen kann, für die Aetiologie dieser Krankheit eine Bedeutung haben können. Ich meine hier den Missbrauch im Rauchen, was der Kranke selbst ausdrücklich behauptet und sogar mit dem jetztigen Zustande in Verbindung bringt. Auch die Thatsache, dass der Kranke, wie er angibt, im vorigen Jahre ein ähnliches Leiden bestanden hatte, könnte beweisen, dass bei unserem Patienten gewisse Stellen auf der Schleimhaut der Mundhöhle, nämlich auf den Bögen welche „locum minoris resistentiae" vorzustellen scheinen), besonders empfindlich gegen die Reizung von Seite des zu vielen Rauchens sind, dass also dieser Missbrauch, als „causa praedisponens" betrachtet werden muss, um scheinbar specifisches Gift einzunehmen. — Dieses Gift zeigte sich im Einklange mit Bujwid's, Heryngs, Masuzzi's und meinen Untersuchungen — von Bujwid sogenannte: „streptococcus monomorphus et variegatus", d. i. zwei Formen von gewöhnlichem „streptococcus pyogenes", wie Professor Ribbert aus Bonn vermuthet. Noch in einer anderen Richtung zeichnet sich mein Fall vor den von Heryng beschriebenen Fällen aus nämlich durch die Disposition der allgemeinen Störungen zum localen Process. Diese Störungen (allgemeine Schwäche, Erschöpfung etc.), im Allgemeinen ziemlich bedeutend ausgedrückt, dauerten noch eine gewisse Zeit sogar nach dem Verschwinden des localen im Allgemeinen sehr benignen und schnell verlaufenden Prozesses sogar nach indifferenter Behandlung). Im Allgemeinen, so wie es gewöhnlich bei jedem neuen pathologischen Processe der Fall ist, gibt es hier auch noch viel Dunkles, was nur die zukünftigen Arbeiten von Seite der verschiedenen Verfasser zu erleuchten im Stande sein werden. Wir wissen bis jetzt noch nicht ganz sicher, mit welchem Processe wir es zu thun haben. Dass es hier nichts Verwandtes mit irgend welcher constitutionellen Krankheit (z. B. Syphilis, Tuberculosis) oder Diptherie giebt, scheint nicht dem geringsten Zweifel zu unterliegen. Dies bestätigt sowohl mein Fall, als auch alle von Heryng beschriebenen Fälle. Ich werde hier nicht von der Differential-Diagnose zwischen dieser Krankheit und mehr oder weniger ähnlichen (so z. B.: angina ulcerosa Mackenzie's, Herpes, Looz, — schliesslich aphten, mit welchen, hauptsächlich mit der sogenannten angina aphtosa B. Fraenkel's, wirklich diese Krankheit, wie es auch Heryng angiebt — am meisten ähnelt) näher sprechen, weil alles dies in der obigen Arbeit Heryng's umstehend mitgetheilt ist. Ich füge nur hinzu, dass diese Krankheit, wegen des wenig ausgeprägten Processes in dem Pharynx und auch unbedeutender subjectiver Symptome gewiss mehr wie einmal unbemerkt geblieben ist. Es mag wohl sein, dass jetzt, wo wir Dank der Arbeit Heryng's von dem Vorhandensein dieses pathologischen Processes wissen, derselben mehr Aufmerksamkeit widmen werden. Dann kann es sich auch zeigen, dass die sogenannte: „angina ulcerosa benigna" andererseits keine solche grosse Seltenheit ist. Es könnte dies schon das Erscheinen zweier Arbeiten von zwei berufenen Stellen (Professor Matucci von Neapel und mein Fall) gleich nach der Veröffentlichung von Heryng's Arbeit beweisen. Dann auch wird die klinische, als auch aetiologische (hauptsächlich, wenn wir in jedem Fall bacteriologische Untersuchungen vornehmen werden) Seite dieser Krankheit zweifellos viel gewinnen. Und diese Krankheit wird aufhören so problematisch in Hinsicht ihrer Natur zu sein, wie sie jetzt ist. Es kann sein, dass der Name selbst „angina ulcerosa benigna"

Digitized by Google

sich als nicht passend zeigen und durch eine andere mehr wissenschaftliche Bezeichnung ersetzt werden wird.

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Bericht über die an der k. k. Wiener Universitäts-Klinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Josef Gruber im Jahre 1890 ambulatorisch behandelten Kranken. (Schluss.)

Acute katarrhalische Mittelohrentzündung

wurde 432mal beobachtet, 252mal bei Männern, 180mal bei Weibern; 286mal war dir Affection einseitig, 146mal waren beide Ohren befallen. Bei den einseitigen Erkrankungen kamen bei den Männern die rechtseitigen (90 : 70), bei den Weibern die linksseitigen (70 : 66) häufiger vor.

Die Behandlung war die übliche mittels Lufteintreibungen; in einer Anzahl von Fällen wurde die Paracentese gemacht; die meisten Patienten wurden schon nach ungefähr 14tägiger Behandlung geheilt entlassen.

Chronische katarrhalische Mittelohrentzündung.

1307 Fälle, 831 bei Männern, 476 bei Weibern. Bei beiden Geschlechtern überwiegen weitaus die beiderseitigen Erkrankungen (660 bei den Männern, 367 bei den Weibern).

Bei der Behandlung des chronischen Katarrhs wurde, wie in den früheren Jahren, von den Einspritzungen medicamentöser Flüssigkeiten per tubam häufig und mit befriedigendem Erfolge Gebrauch gemacht.

Plastische Mittelohrentzündung.

238 Fälle, 139 bei Männere, 99 bei Weibern. Auch hier waren die beiderseitigen Affectionen vorherrschend.

Die Behandlung bestand hauptsächlich in Lufteintreibungen ins Mittelohr und Luftverdünnung und Verdichtung im äusseren Gehörgange, womit besonders im Anfangsstadium der Erkrankung eine Besserung erzielt wurde, während man bei vorgeschritteneren Fällen sich begnügen musste, wenigstens einigermassen die Beschwerden zu mildern.

Otitis media suppurativa acuta.

362 Fälle, davon 200 bei Männern, 162 bei Weibern. Fast sämtliche verliefen mit Durchbruch des Trommelfelles und mehr oder weniger lang dauernder Eiterung. Die Zahl der acuten Fälle ist wohl darum eine so grosse, weil in diesem Jahre die Influenza viele Ohrerkrankungen hervorrief. Was die Intensität der Influenzafälle anbelangt, waren es, wie auch aus dem vorjährigen Berichte ersichtlich, meist schwere Fälle, und verliefen über 30 derselben mit schweren Complicationen. Bei 12 Patienten musste zur Eröffnung des Warzenfortsatzes geschritten werden.

Bemerkenswert ist ein Fall, wo es zu consecutiver Parotitis kam.

W. G.. Amb. Prot. Z. 47.328, 4 Monate alt, litt angeblich seit 14 Tagen an Ohrenfluss, seit 8 Tagen an Schwellung hinter dem Ohre. In den letzten Tagen trat auch eine Geschwulst unter dem Ohre hinzu, die immer grösser und schmerzhafter wurde, so dass sich die Mutter des Kindes veranlasst fühlte

Digitized by Google

die Klinik aufzusuchen. Es fand sich folgender Status vor: Gehörgang links mässig verengt durch eine die hintere und untere Wand betreffende Schwellung. Regio mastoidea etwas ödematös, ebenso die regio parotidea. Die Parotis selbst, sehr derb infiltriert, ausserordentlich schmerzhaft Das Trommelfell gerötet, geschwollen; an seiner unteren Peripherie ein pulsierender Lichtreflex sichtbar. Bei Lufteintreibung deutliches Perforationsgeräusch.

Es gelang in diesem Falle durch warme Ueberschläge die Erweichung der Drüse zu beschleunigen und in 14 Tagen den Prozess zur Heilung zu bringen

Otitis media suppurativa chronica.

In diesem Jahre wurden 843 Fälle chronischer Mittelohreiterung beobachtet, 569 bei Männern, 274 bei Weibern. Unter denselben waren 116 Fälle mit Polypenbildung compliziert, davon 79 bei Männern, 37 bei Weibern. Erwähnenswert ist darunter ein Fall, wo ein Conglomerat von derben fibrösen Polypen aus dem Gehörgange förmlich herausshing, und wo es mit der kalten Schlinge nicht gelang, die Polypen durchzuschneiden, so dass die galvanocaustische Entfernung vorgenommen werden musste.

Von besonderem Interesse sind ferner zwei Fälle mit Perforation der Shrapnell'schen Membran, die durch keine bisher angewendete Behandlungsmethode zur Heilung gebracht werden konnten, während sie in verhältnismässig kurzer Zeit durch Anwendung der von mir angegebenen Jodoformtampons geheilt wurden. Die Anwendung der Tampons, die aus Jodoformgaze oder auch Sublimatgaze an Gruber's Klinik gefertigt werden, geschieht in der Weise, dass zuerst der Gehörgang und die tieferen Ohrteile gründlich desinfiziert werden, worauf mittels einer von mir angegebenen Pincette der Tampon so tief als möglich durch die Fistel eingeführt wird. Der Tampon wird erneuert, wenn er vom Secret gefärbt erscheint, bis endlich keine Secretion sich zeigt.

R. B, Amb. Prot. Z. 44 337, 30 Jahre alt, Packer, seit 20 Jahren schwerhörig am linken Ohre. Im Mai 1889 soll, nachdem ihm beim Baden Wasser ins Ohr gedrungen, Ohrenfluss eingetreten sein. Seit dieser Zeit stand er an der Klinik in Behandlung. Bei der ersten Untersuchung zeigte sich hochgradige Otorrhoe, und zwar floss der Eiter durch eine Lücke der Shrapnell'schen Membran aus der Trommelhöhle in den Gehörgang. Die Lücke hatte die Grösse eines Hanfkornes und dehnte sich vom Hammerhalse nach vorne aus. Im Grunde derselben zeigte sich die Schleimhaut gewulstet und gerötet, stark secernierend. Mit der Sonde konnte nirgends cariöse Affection der Knochengebilde ausgemittelt werden. Der Rest des Trommelfelles zeigte sich etwas getrübt, die Epidermis gelockert, doch nirgends erhebliche Entzündungserscheinungen. Ebenso zeigte sich die Tuba Eustachii intakt, namentlich von normaler Durchgängigkeit. Die sorgfältigst geübte Untersuchung zeigte, dass die Entzündung nur im oberen Abschnitte der Trommelhöhle ihren Sitz hatte, und mit aller Wahrscheinlichkeit konnte auch angenommen werden, dass der entzündete Teil ganz abgeschlossen sei und weder mit dem unteren Teile der Trommelhöhle, noch mit der Tuba Eustachii communiciere. Mangel an Perforationsgeräusch bei der Luftdouche mit und ohne Katheter, obwohl die Luft bei jeder Ballonentleerung durch die Trommelhöhle strich, stützten diese Annahme.

Die Behandlung bestand bis Dezember 1889 in Ausspritzen mittels Hartmann'scher Kanüle, Luftdouche, Borsäureinsufflation. Ausserdem wurden mehrfach Granulationen mit dem scharfen Löffel entfernt und dann mit Borspiritus nachbehandelt. Der Zustand blieb jedoch immer derselbe. Am 7. Dezember 1889 wurden nun wieder die neugewucherten Polypenmassen entfernt,

Digitized by Google

die Höhle gereinigt und mit einem Jodoformtampon ausgefüllt, darüber Jodoformgaze in den Gehörgang eingeführt und eine Binde angelegt.

Bis zum 30. Dezember musste der Tampon blos 4mal gewechselt werden und zwar nur dann, wenn er durchfeuchtet war. Vom 30. Dezember bis 8. Januar 1890 blieb der Tampon vollkommen trocken. Auch in der Folgezeit trat keine Otorrhoe auf und verkleinerte sich die Lücke immer mehr; ob sie sich gänzlich geschlossen hat, konnte nicht konstatiert werden, da Patient zuletzt ausblieb, als durch Monate hindurch keine neuerliche Otorrhoe auftrat.

Franz L., Amb. Prot. Z. 46.464, 30 Jahre alt, Postbeamter, litt angeblich seit Mai 1885 an rechtsseitiger Otorrhoe. Er lag damals einen Monat auf der stationären Klinik, ohne dass es gelungen wäre, die Otorrhoe vollständig zu beseitigen, welche auch seither fortbestand trotz jahrelanger ambulatorischer Behandlung.

Am 21 Januar 1890 wurde bei ihm die Behandlung mit Jodoformtampons eingeleitet. Der Befund war damals folgender: Rechtes Ohr. Hammergriff deutlich zu sehen. Das untere Ende zeigt sich stärker einwärts gezogen. Der Hammer begrenzt von vorne her einen Substanzverlust des Trommelfelles, bei welchem die membrana flaccida und nahezu zwei Drittel des hinteren oberen Segmentes verloren gingen. In der Tiefe sah man die stark geschwollene, gerötete Trommelhöhlenschleimhaut, an welcher sich das Köpfchen des Steigbügels und der absteigende Ambossschenkel markierten. Eiterung ziemlich stark.

Es wurde nach vollkommener Reinigung des Gehörganges ein Jodoformtampon eingeführt, darüber der Gehörgang mit Jodoformgaze leicht verlegt.

Nach vier Wochen, während welcher Zeit der Tampon 3mal erneuert wurde, war die Eiterung vollständig sistiert.

Auch dieser Kranke erschien zeitweilig in der Klinik, ohne dass die Otorrhoe sich wieder gezeigt hatte.

Surdomutitas.

40 Fälle. In einigen Fällen von erworbener Taubheit, wo das aetiologische Moment einigermassen die Indication dazu bot, wurden Pilocarpininjectionen (0.003—0.01 pro dosi subcutan injiciert) angewendet, durchaus mit negativem Erfolge. Der Aetiologie nach waren 26 erworben, 10 Fälle angeboren, 4 Fälle zweifelhaft. In den 26 erworbenen Fällen war die Taubheit 4 Mal nach „fieberhaften Erkrankungen", 1 Mal nach einem „Ausschlage", 1 Mal nach Influenza, 1 Mal nach Morbillen, 11 Mal nach Meningitis, 2 Mal nach Typhus, 3 Mal nach Scarlatina (bei allen diesen fand sich totale Destruktion des Trommelfelles und der Gehirnknöchelchen), 1 Mal nach grossem Schreck (?), 2 Mal nach Sturz auf den Kopf (?) zurückgeblieben.

Affectio labyrinthi

wurde in 20 Eällen als primäres, in 45 Fällen als consecutives Leiden beobachtet; 35 mal war die Labyrinthaffektion in Folge eines chronischen Mittelohrkatarrhs, 10 mal nach hypertrophierender Mittelohrentzündung aufgetreten. Die in diesen Fällen angewendeten intratubaren Injektionen von Jodkali- oder Jodnatronlösung waren zumeist erfolglos geblieben.

Caries ossis temp.

26 Fälle. Fast sämtliche gelangten zur Aufnahme in die stationäre Klinik und musste die Trepanation des processus mastoideus vorgenommen

Digitized by Google

werden. Besonderes Interesse bietet folgender Fall, bei welchem sich die Caries mit Cholesteatom im Schläfebein kombinierte:

E. E., Amb. Prot. Z. 49.892, Schauspieler, erschien am 9. September mit linksseitiger Accumulatio ceruminis. Nach dem Ausspritzen zeigten sich im Gehörgange weissliche Epidermismassen, die durch Ausspritzen nicht entfernt werden konnten. Da dies auch nach Einträufelungen von Borsäureglycerinlösung nicht gelang, wurde am 14. September ein mehr als haselnussgrosses Cholesteatom mit dem scharfen Löffel entfernt, wobei Patient mehrmals von Schwindel befallen wurde. Nach der Entfernung dieser Massen zeigte sich totale Destructiou des Trommelfelles und sämmtlicher Gehörknöchelchen, sowie eine ziemlich ausgedehnte Zerstörung der lateralen Wand des in eine grosse Höhle verwandelten oberen Trommelhöhlenraumes. Aus des Gegend des Antrums wucherte ein weit über erbsengrosser derber Polyp hervor, der mit der Schlinge abgetragen wurde. Hörweite für die Uhr (normal 4 M.) O; beim Katheterismus deutliches Perforationsgeräusch. Vollständige Facialisparalyse. In den folgenden Tagen wurde Borspiritus eingeträufelt. Nach der Eröffnung der stationären Klinik wurde Patient in dieselbe aufgenommen, und es gelang bei ihm durch fortgesetzte Borspiritusbehandlung und nochmalige Auskratzung der ganzen Höhle vom Gehörgange aus das Cholesteatom zu beseitigen.

Zur Geschichte der operativen Behandlung der Sinusthrombose in Folge von Otitis media. Von Prof. E. Zaufal in Prag. (Prager Medic. Wochenschrift 1891, No. 3.)

Die Geschichte der operativen Eröffnung des thrombosirten Sinus und der Entfernung der darin enthaltenen infectiösen Massen reicht in eine Zeit, wo die Gehirnchirurgie noch nicht ihre jetzige Höhe erreicht hatte. Sie beginnt eigentlich damit, dass Tröltsch und besonders H. Schwartze stricte Indicationen für die vorher fast planlos ausgeführte Paracentese des Trommelfelles und Aufmeisselung des Warzenfortsatzes aufstellten. Ihr Grundsatz war: frühzeitige Entfernung infectiöser Massen aus der Paukenhöhle und ihren Nebenräumen, um die Infection der Nachbargebilde zu verhindern, oder, wenn sie schon eingetreten war, aufzuhalten. „Die prophylactische Arbeitsleistung der bisher von den Ohrenärzten aufgestellten Operationen und der rationellen Behandlung der acuten und chronischen Mittelohrentzündung steht zu der curativen Leistung der Gehirnabscess- und Sinuseröffnung in einem ähnlichen Verhältnisse, wie die Arbeitsleistung der Hygienie zu der Individualtherapie.“

Die directe Inangriffnahme der Thrombose durch Trepanation des Proc. mastoid. mit nachfolgender Eröffnung des Sinus, Entfernung der infectiösen Massen durch desinficirende Injectionen, endlich die Unterbindung der Jugularvene, wenn sie nicht durch einen soliden Thrombus bereits verschlossen ist, wurde von Z. schon 1880 in der Prager med. Wochenschrift, Seite 516, im Anschluss an die Mittheilung eines einschlägigen Falles mit lehrreichem Obductionsbefund als der einzige Weg zur Heilung bezeichnet. Eine nach diesem Plane ausgeführte Operation theilte Z. 1884 (in der Prag. medic. Wochenschrift, No. 48) mit. Der Patient war zwar 14 Tage nach der Trepanation an lobulärer Pneumonie und eitriger Pleuritis gestorben, doch fehlte eitrige Meningitis und die anfangs deutlichen Symptome der Meningitis, besonders Neuritis optica und Stauungspapille zeigten nach der Operation einen deutlichen Rückgang. Die Ligatur der Jugularvene,

Digitized by Google

bei schon bestehender Thrombose unterhalb derselben, empfahl Z., um die Ueberwanderung der infectiösen Keime oder das Eindringen von grösseren Klümpchen oder von Injektionsflüssigkeit in die Blutbahnen und das Herz bei der nun folgenden Ausräumung mit desinficirenden Injectionen oder mit dem scharfen Löffel zu verhindern.

Die ersten operativ geheilten Fälle wurden von Arbuthnot Lane und Charles A. Ballance publicirt. Ohne wahrscheinlich Z.'s Arbeiten zu kennen, gingen sie nach demselben Plane vor. Zum Schlusse gibt Verf. den Operationsgang und Krankheitsverlauf jener Fälle auszugsweise wieder und erwähnt noch die beiden Operationen Salzers, von denen eine letal, die andere mit Heilung endete. Dr. Hitschmann.

Kritische Bemerkungen über die Anwendung des Natrium tetraboricum bei chronischen Ohreneiterungen. Von Dr. Emanuel Max. (Internationale Klinische Rundschau No. 2 u. 3; 1892.)

Das von Jänicke durch Erhitzen gleicher Teile Borsäure, Borax und Wasser dargestellte „Natrium tetraboricum" soll wegen seiner Anwendbarkeit in flüssiger Form den Arzt in die Lage versetzen, auch auf versteckt gelegene Erkrankungsherde der Trommelhöhle, selbst bei kleiner Perforation, therapeutisch einzuwirken. Verf. fand ein viel geringeres Lösungsverhältniss in siedendem Wasser, als dies Jänicke angiebt, nämlich nur 23 pCt. Die therapeutischen Resultate waren ungefähr dieselben wie die Jänicke's: bei einfachen Fällen schon in den ersten Tagen Nachlassen der Secretion, Schwinden eines etwa vorhandenen Foetor und Abblassen der Mucosa cavi tympani, in leichten Fällen baldige Heilung innerhalb 5—26 Tagen, in schweren Fällen nur Herabsetzung der Secretion und Beseitigung des Foetor, selbst nach 42tägiger Behandlung. Granulationen und Polypen blieben ganz unbeeinflusst. Einfache, mit grossen Trommelfelldefecten verbundene Formen wurden durch Natrium tetraboricum in pulvere günstiger beeinflusst, als durch das gelöste. — Der Uebelstand, dass der den Gehörgang verschliessende, durch Eintrocknen der aufgesaugten Lösung mit spitzen Krystallen bedeckte Tampon häufig Excoriationen und Sugillationen erzeugt, von welchen aus M. sogar ein Erysipel ausgehen sah, lässt sich leicht durch Bestreichen mit einer öligen Substanz oder Vaselin vermeiden. —

Verfasser wendet sich dann zu den von Kafemann enthusiastisch mitgetheilten Heilungsresultaten und weist an der Hand der publicirten Krankengeschichten nach, dass in vielen Fällen das erzielte Resultat kein glänzendes oder die eingetretene Heilung weniger der Behandlung mit Natrium tetraboricum als den daneben vorgenommenen operativen Eingriffen oder der spontanen Ausstossung eines Sequesters zuzuschreiben ist.

Dr. Hitschmann.

Ohrenhusten. (Toux auriculaire) von Dr. Compaired. (Bolletino delle malattie dell' orecchio Avril 1891. Annales des maladies de l'oreille et du larynx.

Ein 43 jähriger Mann klagte seit einem Jahre über einen Tag und Nacht dauernden anfallsweise auftretenden Husten; Hals, Nase, Brust ge-

Digitized by Google

sund; rechts etwas schwerhörig; vor 4 Jahren, während eines Meerbades in Sanct Sebastian schlug eine Welle Patienten fest aufs rechte Ohr, worauf eine einen Monat dauernde otitis eintrat; die Untersuchung des Ohres ergab eine schwarze Masse auf dem Trommelfell, welche sich nach ihrer Entfernung als kleine Muscheln ergab. Husten geheilt. Es bestand centripetale Reizung der auricularis, welche aus dem ganglion jugulare Vagi stammt und darauf folgende Reizung der Aeste, welche sich zu den recurrenti und dem laryngei superiores begeben. Dr. P. K.

Affectionen des Ohrs nach einfachen Operationen in der Nase. Von Dr. Hessler, Privatdocent der Ohrenheilkunde in Halle a/S. (Münchener Medic. Wochenschrift No. 50, 1891.)

Das Auftreten von Erkrankungen des Ohres im Anschluss an Affectionen der Nase und des Nasenrachenraumes ist selbst den Laien bekannt; sie werden von den durch die Tuba Eustachii ins Ohr verschleppten Microorganismen angefacht. Zaufahl fand bei Ozaena in 80 %, bei Nasenpolypen in 56% der Fälle das Mittelohr erkrankt. Die falsche Anwendungsmethode der Weberschen Nasendouche, nicht diese selbst, ist oft Ursache einer solchen Uebertragung. Von besonderem Interesse sind die Affectionen des Ohres nach Operationen in der Nase. Verfasser findet dieselben in der Literatur nur 9 Mal erwähnt, alle wurden geheilt. Es waren dies Mittelohreiterungen und Recidiven von Otorrhoe nach hinterer Tamponade mit Eisenchloridlösung, nach Aetzung mit dem Galvanokauter und mit Chromsäure sowie nach Abtragung hypertrophischer Nasenmuscheln und Schleimhautwucherungen, mitgetheilt von Hartmann, Gellé, Barth und Eitelberg. 8 Fälle eigener Beobachtungen betreffen je ein Mal Mittelohrcatarrh nach Touchirung der Nase und des Rachens mit Höllensteinstift, nach Aetzung der Nasenmuschel mit Chromsäure, letztere ein Mal mit nachfolgender Nasendouche, ferner 5 Mal noch Galvanokauterisation in der Nase. In einem 9. Falle, wo H. selbst einen Kantenvorsprung des durch ein Trauma infrangirten knorpeligen Septum weggeschnitten und dann leicht mit Jodoformgaze tamponirt hatte, trat schon Tags darauf acute Otitis auf, welche die Paracentese, und da auch Empfindlichkeit des Proc. mastoid. hinzutrat, am 8. Tage die Trepanation erforderte; nach 6 Wochen völlige Heilung.

Die geringe Zahl der publicirten Fälle derjenigen der selbstbeobachteten gegenüber, lässt vermuthen, dass eine Anzahl als vermeintliche ärztliche Kunstfehler verschwiegen wurden, doch kann die Infection durch die Microorganismen des in Folge Stauung sich zersetzenden Nasensecretes und Resorption durch die reichlichen Blut- und Lymphgefässe der Nase selbst bei streng aseptischem Vorgehen während der Operation ermöglicht sein. Darum sollte man nur bei absoluter Behinderung der Nasenathmung operiren und blutige, selbst geringfügige Eingriffe und Kauterisationen nur wenn absolut nöthig vornehmen, umsomehr als die Schwierigkeiten für die Antisepsis der Nase wegen der schwer zu erreichenden Nebenhöhlen noch bedeutende sind. In der Nachbehandlung ist der Infection durch die Inspirationsluft durch lockere Tamponirung der Nase, sowie durch kurzen Abschluss des Patienten vom Verkehre mit der Aussenwelt vorzubeugen. Bei Blutungen, welche der Galvanokauter nicht stillt, ist nur die Nasentamponade anzuwenden, doch darf der Tampon wegen Zersetzung des

Digitized by Google

Nasensecretes in leichteren Fällen nicht länger als 12 Stunden liegen bleiben. Dr. Hitschmann.

b. Rhinologische.

Behandlung der schweren Nasalblutungen. (Traitement des hémorrhagies nasales graves) von Dr. Dionisio. (Archiv. ital. di laryngologica und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1891 Nr. 12.)

Die Belloc'sche Sonde ist schwer einzuführen und für den Patienten sehr schmerzhaft. Verfasser hat nun eine 11 Centimeter lange mit einer Kautschukblase umgebene Canule construirt, welche auf demselben Princip wie die Trendelenburg'sche Trachealcanule beruht und deren Anwendung leicht zu begreifen ist. Dr. P. K.

Die Bacterien der Nasenhöhlen im physiologischen Zustande. (Les bacteries des fosses nasales à l'état physiologique) von Dr. Daletti) Archiv. Ital. di laryngologia, Octobre 1891 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1891 Nr. 12).

Die Flora (!) der Nasenhöhlen ist bis jetzt wenig bekannt, die Autoren widersprechen sich. Verfasser hat nach langen Untersuchungen folgenden Folgeschluss gefunden: Es ist schwer zwischen pathologisch und physiologisch zu unterscheiden; es müssen noch lange und die Geduld auf die Probe setzende Arbeiten gemacht werden, ehe man zu einem berechtigten Schlusse kommt. Dr. P. K.

c) Pharyngo-laryngologische.

Ein Fall von Tracheotomie wegen multipler Neubildungen im Kehlkopfe. (A case of tracheotomy for multiple neoplasme of the larynx.) Von J. Solis-Cohen. M. D. (International. clinics. January 1892).

Klinischer Vortrag über Tracheotomie im Allgemeinen, insbesondere über deren Vornahme bei einem 22jährigen Maschinisten, welcher seit Monaten an Heiserkeit, seit circa 4 Wochen an zeitweilig auftretenden Suffocationszufällen litt, die durch zahlreiche Wucherungen im Kehlkopf bedingt waren, nicht sowohl durch Raumbeengung durch dieselben, sondern durch den Glottiskrampf, welchen sie bei gelegentlicher Einklemmung zwischen die Stimmbänder auslösten. Die Neubildungen, welche mikroscopisch-laryngoscopisch den Eindruck von Papillomen machten, wurden mit der Zange entfernt und erwiesen sich mikroscopisch als „Entzündungsgewebe". Heilung konnte nicht erzielt werden, vielmehr entwickelte sich rapid eine acute Tuberculose, welche eine Vernarbung des Gewebes verhinderte. Beschorner.

Fall von Dysphagie wahrscheinlich corticalen Ursprungs. (Un cas de Dysphagie probablement d'origine corticale) von Dr. C. Abaté. Archivi italiana di laringolosia, Octobre 1891 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892. Nr. 12.)

Ein 18jähriger Bursche erhielt einen heftigen Schlag auf den Kopf; Bewusstlosigkeit während mehrerer Stunden; nach dem Erwachen vollständige Dysphagie; nach 14tägiger Dauer kam der früher lustige jetzt aber

Digitized by Google

schweigsam hypochondrische Mann zum Verfasser, welcher ihn durch mehrmaliges Electrisiren heilte. Verf. glaubt ein specielles corticales Bewegungscentrum annehmen zu können, welches dem Schlingact vorsteht. Kann es sich nicht um einfache Hysterie gehandelt haben? Dr. P. K.

Die „Paralyse der Abductoren". Kritischer Rückblick. Von Dr. Paul Raugé in Challes. (Arch. internat. de Laryngolog. etc. V. No. 3. May-June 1892.)

R. ist der Ansicht, dass unter dem „Laryngismus" und „Glottisödem" älterer und alter Aerzte zumeist nichts Anderes zu verstehen sei, als die Krankheit, welche nach Einführung der Laryngoscopie, gemeinhin mit dem Namen der „Abductorenparalyse" bezeichnet wird und deren klinisches Bild in classischer Weise zuerst Gerhardt festgestellt hat, der uns auch zeigte, nach welcher Richtung hin, wenn kein anderes Hinderniss für die Athmung zu finden ist, wir fast immer den Grund für eine laryngeale Dyspnoe zu suchen haben. R. ergeht sich ferner in Würdigung der Beobachtungen und Arbeiten von Riegel, P. Koch, Penzoldt, E. Weber, Feith, Burow, Mackenzie u. A. und unterwirft schliesslich die, auf Experimenten und pathologisch medicinischen Untersuchungen aufgebauten Theorien von Krause einerseits und Rosenbach und Semon anderseits, welche bekanntlich in der Controverse gipfeln, ob es sich bei der fraglichen Krankheit um Contraction der Abductoren oder um Paralyse der Abductoren handelt, einer längeren Besprechung, ohne sich nach der einen oder anderen Richtung hin zu entscheiden. Er schliesst vielmehr mit dem Ausdrucke der Ueberzeugung, dass die Frage heute nicht um viel mehr geklärt sei, als vor einem Vierteljahrhundert. Beschorner.

Klinische Messung des Geruchssinnes. (Mensuration du sens de l'odorat à l'examen clinique.) Von Dr. Zwaardemaker. (Lancet, Journal of laryngol. und Annales des maladies du larynx, 1892, S. 11.)

Beschreibung eines vom Autor erfundenen Olfactometer, welches genau den Grad der Anosmie festzustellen erlaubt. Dr. P. K.

Tenesmus der Gaumenbögen und des Pharynx. (Ténesme des piliers et du Pharynx.) Von Dr. Lennox Browne. (Journal of Lar. and Rhin. u. Annales des maladies du larynx, 1891, S. 11.).

Tenesmus des Pharynx und der Gaumenbögen nennt B. das fortwährende Bedürfniss, zu schlucken, oder einen vermeintlichen Fremdkörper auszuwerfen. Er begreift also nicht allein den globus hystericus, sondern alle ähnlichen Krankheitszustände, welche man bisher als nervöse bezeichnete. Hypertrophie des adenoiden Gewebes an der Zungenbasis und an der Zungenmandel, Varicen der an derselben Stelle gelegenen Venen, Congestion und öfters Volumszunahme der Schilddrüse sind die objectiven Symptome.
Dr. P. K.

Oesophagus-Polyp. (Polype de l'oesophage.) Von Dr. Shendrikowsky. (Medicz. Oboza und Annales des maladies du larynx, 1891, S. 11.)

Ein 19jähriger Mann zeigte einen kurz gestielten, an der Grenze des Parynx und Oesophagus aufsitzenden, den Larynx von hinten comprimirenden

Digitized by Google

Tumor. Tracheotomie, Operation, Heilung. Der Tumor wog 20 Gramm, sein Stiel war 2 Centimeter dick. Fibröses Gewebe mit Bindegewebe gemischt nebst einzelnen käsigen entarteten Herden waren das microscopische Resultat. Dr. P. K.

Fremdkörper im Oesophagus. Perforation der Carotis. (Corps étranger de l'oesophage. Perforation de la carotide.) Von Dr. Simanowsky. (Wratch, Journal of laryngologie und Annales des maladies de l'oreille et du larynx, 1891, S. 11.)

Verschlingen eines an einem Eisendraht befestigten Stückes Fleisch; sehr starke Blutung, Schmerzen in der Höhe des Larynx. Nach drei Wochen Tod. Das Eisen hatte die rechte Pharynxseite durchbohrt in der Höhe der Cartilago thyreoidea, dann die Carotis angestochen und sich parallel an dieselbe angelegt. Durch die nachherige Eiterung wurde die Carotiswand angefressen. Dr. P. K.

Instrumente und chirurgische Technik, welche bei Krankheiten der Sinus frontalis, ethmoidalis, sphenoidalis und ethmoido lacrymalis angewandt werden. (Les instruments de la technique chirurgicale employées dans les affections des sinus du nez; frontaux, mouillaires, ethmoidaux, sphenoidaux et ethmoido-lacrymaux.) Von Prof. Dr. Cozzolino. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx, 1891, No, 12.)

V. giebt für jeden einzelnen Sinus die gebräuchlichen Instrumente mit der Gebrauchsweise nebst seinen persönlichen Erfahrungen über den Gegenstand. Die Beschreibung und Abbildung der Instrumente werden am besten im Originaltext nachgelesen. Dr. P. K.

Der Athmungsmodus während des Turnens. (Du mode respiratoire pendant la gymnastique.) Von Dr. Conetoux. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx, 1891, No. 12)

Leider besteht bis jetzt noch keine Hygiene des Athmens beim Turnen Das früher angerathene combinirte Mund- und Nasenathmen ist als nicht durchführbar und physiologisch fast unmöglich von vornherein zu verwerfen. Es kann sich also nur um Mund- oder Nasalathmen handeln. Das Mundathmen ist blos als Hilfsathmen zu betrachten, es tritt ein, wenn grosse Ansprüche seitens der Organe an die Lungen und indirect an das Herz gestellt werden, es kann das Athmen nicht reguliren, es gestattet keine Reserveluft in den Lungen, der Thorax stützt sich auf die durch das Diaphragma nach unten comprimirten Bauchorgane. Das Nasalathmen ist das einzig normale, es ist allein anzurathen; übrigens ist das Nasalathmen das einzig unbewusste automatische Athmen; das alternirende Mundinspiriren und Naseninspiriren und umgekehrt ist auf die Dauer nicht möglich. V. hat den Athmungsmodus an sich selbst während des Turnens, und zwar auf dem Zweirad, als dem dazu geeignetesten Instrumente erprobt; athmet man beim Radfahren nur durch die Nase, so kommt ein Moment, wo die anfangs erweiterten Nasenflügel sich durch die mittelst der Lage des Gaumensegels geschaffene Luftverdünnung sich an die Nasenwand andrücken, wo also Athemnoth eintritt und wo der Radfahrer, wenn er weiter fahren will, die Mundathmung zu Hilfe nehmen muss. Das Gaumen-

Digitized by Google

segel und indirect die Nasenflügel stehen der Athmungsnoth vor und bewahren das Herz vor Asystolie. An dieser Grenze soll der Radfahrer ausruhen und nicht die Mundathmung durch Weiterfahren zu Hülfe nehmen. Während dem Inspiriren im Allgemeinen muss man das Herz vor einer zu grossen Anstrengung schützen; durch das Naseneinathmen wird letzteres und das Nasenathmen im Allgemeinen ausgebildet; da der Mund immer geschlossen bleibt, so bleibt der von Donders bewiesene verminderte Druck fortwährend bestehen und so wird die durch das Nasenathmen leicht entstehende Wölbung des harten Gaumen vermieden; wenn also bei geschlossenem Munde gymnastische Uebungen ausgeführt werden, so zeigen die Ermüdung und das Athembedürfniss die Grenze, bis zu welcher körperlich gearbeitet werden kann, ohne das Herz überanzustrengen. Der Turnlehrer soll also kein Mundathmen erlauben; daher kommt auch der Gebrauch, dass man beim Turnen oder Radfahren irgend einen harten Gegenstand in den Mund nimmt. Die wissenschaftlich geleitete Methode des Athmens bei gymnastischen Uebungen, bei Fusstouren, bei Soldatenmärschen etc. etc., eine Methode, welche sich am besten auf dem Zweirad studiren lässt, ist von der grössten Wichtigkei für den Gesundheitszustand unserer Jugend und Soldaten; bei letzteren kommt es z. B. nicht darauf an, viele Stunden in wenig Zeit zurückzulegen, sondern man muss langandauernde Resultate mit normaler Erhaltung der Thoraxorgane erzielen. Dr. P. K.

Exalgin im Spital Lariboisière. (Etudes sur l'exalgine d'après les observations, prises à l'hospital Lariboisière.) Von Dr. Désiré. (Société d'études scientifiques und Annales des maladies de l'oreille et du larynx, 1891, No. 12.

Bei den unausstehlichen Schlingbeschwerden der Phtisiker genügt eine Dosis von 25 Centigramm 1 oder 2 Mal täglich genommen, um die Schmerzen zu lindern. Bei Larynxkrebs ist die Wirkung weniger vollkommen. Dr. P. K.

Die tuberculöse Impfung beim Hunde. (La vaccination tuberculeuse sur le chien) von Dr. Ch. Richet und Dr. Héricourt (Académie des sciences de Paris, séance de 7. Juin 1892).

Verfasser haben nachgewiesen, dass mit Vögeltuberculose geimpfte Hunde der menschlichen Tuberkulose unzugänglich sind; sie beweisen dies durch die auf Hunden gemachten Experimente. Verf. sind weit entfernt hiervon irgend einen Schluss auf die Tuberculose des Menschen zu ziehen, sie glauben aber, dass die Experimente prophylactisch und vielleicht auch therapeutisch von Nutzen sein können. Dr. P. K.

Beitrag zur Bacteriologie der Diphtheritis. (Contribution à l'étude bacteriologique de la Diphtérie) v. Dr. Labée. (Société de thérapeutique de Paris, séance du 7. Juin 1892).

Mit Unrecht glaubt man, dass der Klebs-Bacillus blos in den Pseudomembranen vorhanden ist. Vf. hat ihn bei einer Reihe von Diphtheritiskranken im Speichel, im Nasensecrete, im Canulenauswurf (nach der Operation) nachgewiesen. Hieran knüpfen sich practische Schlüsse, nämlich dass man Mund, Nase und Canule nach Verschwinden der Pseudomembranen reini-

Digitized by Google

gen soll, dass man die Heilung erst nach erhobenem Befund bei der bacteriologischen Untersuchung aussprechen kann. Dr. P. K.

Eine Methode, welche motorische graphische Bilder bei mit Wortblindheit behafteten Kranken hervorruft. (Sur un procédé destiné à provoquer des images motrices graphiques chez les sujets atteints de cécité verbale.) Von Dr. Charcot. (Société de biologie de Paris. Séance du 11. Juin 1882.)

Ein mit Wortblindheit behafteter Kranker kann beim einfachen Lesen die geschriebenen Worte oder die gedruckten Worte nicht verstehen. Es genügt, einen solchen Kranken mit seiner eigenen Hand im leeren Luftraum oder auf einem Stück Papier das nichtverstandene Wort mit einem Bleistift schreiben zu lassen, indem man ihm natürlich die Hand führt, oder indem Patient die Conturen der nicht verstandenen Worte verfolgt. Diese beiden Methoden haben je einen Fehler: bei der ersten, nämlich wo man mit grossen Bewegungen des Patienten dessen Hand und ganzen Arm in der Luft führt, bestehen ganz andere physiologische Bewegungen als bei den feineren Griffen, welche zum gründlichen Schreiben nöthig sind; bei der zweiten, wo der Patient die Conturen der Worte verfolgt, kommt der Gesichtssinn mit ins Spiel. Vf. ist es auch gelungen, bei aphasichen, hysterischen und gesunden Leuten diese Mängel zu beseitigen und durch seine Methode hat er bewiesen, dass es ein selbstständiges motorisches Schreibcentrum gibt, welches für sich allein functionirt, ohne Beihilfe des Sehcentrums; dieses Centrum ist bei verschiedenen Leuten verschieden entwickelt. Ebenso wie es Hör- und Sehcentren gibt, welche mehr weniger ausgebildet sein können, so bestehen graphische Bewegungscentren, welche durch geminderte Erziehung und Uebung bisher weniger beobachtet worden sind.

Dr. P. K.

Creosotwein mit Chloroform. (Vin creosoté et chloroformé contra la bronchité tuberculeuse). Von Dr: Desprez. La semaine medicale 1892 Nr. 32.)

Verf. lobt sehr folgende Formel bei Phtisikern: Creosoti fagi u. Chloroform puri à 3 grammes, Tinct. arnic. 30 grammes. Malaga 300 grammes, etwas vor jeder Mahlzeit einen halben Esslöffel voll in einem kleinen Glas Wasser zu nehmen. Dr. P. K.

Gähnen als therapeutisches Hilfsmittel. (De l'application thérapeutique du bâillement. Von Dr. Naegeli (semaine medicale 1892 Nr. 32.)

Bei acuten Rachenkarrtarrh und Cartarrh der Tuben, lässt Verfasser seine Patientem öfter täglich eine Serie Gähnbewegungen ausführen, welche durch Contraction der Muskeln des larynx, der Gaumenbögen und der Tuben eine Art Massage bewirken; das Gähnen ist leicht durch Autosuggestion, Suggestion oder Nachahmung hervorzurufen. Durch diese Art Massage wurden auch die Secretionen herausbefördert, durch Contraction des knorpeligen Theiles der Tuba werden die Pfröpfe besser als durch die Sonde und das Valsaba-Politzersche Verfahren herausgestossen; die Behandlung ist immer erfolgreich und schadet nicht soviel als die Nasensonden.

Dr. P. K-

Digitized by Google

Hysterotraumatische Larynxlähmung. (Paralyse hystérotraumatique du larynx) von Dr. G. Masini. (Bolletino delle Malattie dell' orecchio Septembre 1891 u. Annales des maladies de l'oreille 1891 Nr. 12.)

Ein 35jähriger hysterischer Mann hat einen die trachea comprimirenden Kropf und musste die Thyroidectomie gemacht bekommen; recurrentes und ihre Aeste erwiesen sich als intact. 3 Tage nach der Operation Aphonie ohne nachweisbare Ursache; Faradisation brachte momentane Heilung; Lähmung der musculi transversi u. obliqui; es besteht keine Apsithyrie. Gestützt auf die Incubationsdauer, auf die Entstehungsart, auf den laryngoscopischen Befund, auf die Operation und namentlich auf die hysterischen Anlagen, nimmt Verfasser dem Beispiele Charcots folgend eine hysterotraumatische Lähmung an. Seltene Fälle. Dr. P. K.

Schwerer Fall von acuter laryngitis subglottica. (Un cas de laryngité sousglottique aigue grave) von D. Conradi (Bolletino delle Malattie dell' orecchio, Février 1891 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1891 Nr. 12).

Acut auftretender Anfall bei einem 12jährigen vorher gesunden Kinde. Medicamente, Einathmungen von Wasserdämpfen, Eis, Blutegel am manubrium sterni brachten Heilung. Tracheotomie konnte vermieden werden.
Dr. P. K.

Fall von Atrophie eines Larynx-Tumors bei einem Mädchen. Von Dr. Max Thormer in Cincinnati. (Arch. internat. de Laryngologie etc. V. No. 3. May-Juny 1892.)

Ein dreijähriges Mädchen mit belegter Stimme seitdem es spricht, wird im Verlaufe von 1½ Jahren vollständig aphonisch. Neben intensiver Laryngitis fand sich bei der laryngoscopischen Untersuchung am freien Rande des linken Stimmbandes, in das Glottis-Lumen hineinragend, breitbasig aufsitzend eine dreieckige Geschwulst von der Grösse einer gespaltenen Erbse. Die bestehende beträchtliche Dyspnoe ward auf Conto der erwähnten Laryngitis gebracht und vorerst gegen diese therapeutisch vorgegangen. Der hierbei zu verzeichnende Erfolg erstreckte sich aber nicht blos auf die Dyspnoe, sondern auch auf die Heiserkeit, denn 2 Jahre nach Beginn der Behandlung war nicht blos die erstere geschwunden, sondern die Stimme war verständlich geworden, wenn auch noch rauh (bei Fortbestand des Tumors). Abermals 2 Jahre darauf und nachdem das Kind einen Keuchhusten durchgemacht, erschien die Stimme fast rein und hell, als Neubildung fand sich nur noch eine diffuse Anschwellung des betreffenden Stimmbandes vor. — Th. glaubt, dass der Tumor eine fettige oder amyloide Degeneration eingegangen und vielleicht während und in Folge des Keuchhustens ausgestossen worden ist. Beschorner.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Digitized by Google

INHALT.

I. Originalien: Tsakyroglous: Aus meiner Praxis. — Szenes: Bericht über die Verhandlungen der ersten Versammlung der deutschen otologischen Gesellschaft zu Frankfurt a. M. — Avellis: Tracheapolyp. — Schaeffer: Pharyngitis acuta infectiosa phlegmonosa. — Sedzcak: Ein Fall der sog. nannten „Angina ulcerosa benigna" (Heryng). — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Gruber: Bericht über die an der k. k. Universitäts-Klinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Josef Gruber im Jahre 1890 ambulatorisch behandelten Kranken. (Schluss) — Zaufal: Zur Geschichte der operativen Behandlung der Sinusthrombose in Folge von Otitis media. — Max: Kritische Bemerkungen über die Anwendung des Natrium tetraboricum bei chronischen Ohrenerweiterungen. — Compaired: Ohrenhusten. — Hessler: Affectionen des Ohres nach einfachen Operationen in der Nase. — b) Rhinologische: Dionisio: Behandlung der schweren Nasalblutungen. — Deletti: Die Bacterien der Nasenhöhlen im physiologischen Zustande. — c) Pharyngo-laryngologische: Solis-Cohen: Ein Fall von Tracheotomie wegen multipler Neubildungen im Kehlkopfe. — Abati: Fall von Dysphagie, wahrscheinlich corticalen Ursprungs. — Raugé: Di: „Paralyse der Abductoren." Kritischer Rückblick. — Zwaardemaker: Klinische Messung des Geruchssinnes. — Browne: Tenesmus der Gaumenbögen und des Pharynx. — Shendrikowsky: Oesophagus-Polyp. — Simanowsky: Fremdkörper im Oesophagus. Perforation der Carotis. — Cozzolino: Instrumente und chirurgische Technik, welche bei Krankheiten der Sinus frontales, ethmoidales, sphenoidales und ethmoido-lacrymales angewandt werden. — Conetoux: Der Athmungsmodus während des Turnens. — Désiré: Exalgin im Spital Lariboisière. — Héricourt: Die tuberculöse Impfung beim Hunde. — Labée: Beitrag zur Bacteriologie der Diphtheritis. — Charcot: Eine Methode, welche motorische graphische Bilder bei mit Wortblindheit behafteten Kranken hervorruft. — Desprez: Creosotwein mit Chloroform. — Naegeli: Gähnen als therapeutisches Hilfsmittel. — Masiné: Hystero-traumatische Larynxlähmungen. — Conradi: Schwerer Fall von acuter Laryngitis subglottica. — Thorner: Fall von Atrophie eines Larynx-Tumors bei einem Mädchen.

INSERATE.

Verlag von Ferdinand Enke in Stuttgart.

Soeben erschienen:

Atlas
der
Kehlkopf-Krankheiten
enthaltend
345 Figuren auf 37 Tafeln in Farbendruck und 25 Zeichnungen.
Nach der Natur gemalt, gezeichnet und erläutert von
Dr. Robert Krieg.
Hochquart Gebunden. Preis 42 Mark. **Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.**

In meinem Verlage ist soeben erschienen und in allen Buchhandlungen zu haben:
Handbuch
der
Ohrenheilkunde.
Für Aerzte u. Studirende.
Von **Dr. Wilh. Kirchner,**
Professor der Ohrenheilkunde u. Vorstand der otiatrischen Universitäts-Poliklinik in Würzburg.
Vierte verbesserte Auflage. — Mit 42 Abbildungen in Holzschnitt.
Preis: geh. **M. 4.80,** geb. **M. 6.—.**

Wenngleich diese vierte Auflage von der dritten nur ein Zeitraum von zwei Jahren trennt, hat der Herr Verfasser doch manches Neue zu bieten; so hat er den wichtigen Abschnitt über die Erkrankungen des Warzenfortsatzes vollständig umgearbeitet und beträchtlich erweitert, der Untersuchung sowie den Erkrankungen des Nasenrachenraumes eine eingehendere Beachtung angedeihen lassen und dgl. mehr.

Berlin, Juli 1892. **Friedrich Wreden.**

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz).
Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthinerstr. 32.
Druck von Emil Billig, Berlin SW., Lindenstrasse 58.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof. Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER	**Dr. N. RÜDINGER**	**Dr. v. SCHRÖTTER**
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Univers.	o. ö. Professor der Anatomie a. d. Universität	o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität
Wien	**München**	**Wien**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXVI. **Berlin, August 1892.** **No. 8.**

I. Originalien.

Beitrag zur operativen Behandlung der Schwerhörigkeit in Folge von Schallleitungshindernissen

von Dr. **Stetter.**

Docent der Chirurgie und Ohrenheilkunde in Königsberg, Ost-Preussen.

Nachdem ich von Jahr zu Jahr mehr darauf achten gelernt hatte, dass in einer sehr grossen Anzahl von Fällen, in denen die Schwerhörigkeit auf ein Leiden des schallleitenden Apparates zurückzuführen war, in hervorragendem Grade das Trommelfell und in Folge davon auch die Gehörknöchelchen beteiligt waren, habe ich den Versuch gemacht durch operative Eingriffe an ersterem und Lockerung der Gehörknöchelchen-Gelenke, die Hörfunction des Ohres zu bessern. Dass dies in geeigneten Fällen möglich ist, haben mir drei Patienten bewiesen, die ich in den letzten Monaten zu behandeln Gelegenheit hatte.

Bei allen drei Kranken waren die Symptome fast genau dieselben. Es hatte sich ohne merkliche schmerzhafte Veranlassung im Laufe von mehreren Monaten, bis zu 4 Jahren, eine so erhebliche Schwerhörigkeit ausgebildet, dass eine vom normalen Ohr auf 2 Meter Entfernung gehörte Uhr, von einer Patientin garnicht mehr, von der Andern nur beim Anlegen an die Ohrmuschel gehört wurde. In einem Falle wurde auch über starke entotische Geräusche und zeitweise Schwindelanfälle geklagt. Die Unter-

Digitized by Google

suchung des Trommelfelles ergab, dass dasselbe sehnig blass war, verdickt und matt glänzend. Die Kopfknochenleitung war zwar bei allen Kranken erhalten, jedoch bei zweien derselben mit deutlicher Lateralisation nach der gesunden Seite, während bei der dritten Patientin auf der kranken Seite gar keine Wahrnehmung des Tones durch die Kopfknochenleitung mehr vorhanden war, sondern stets der Ton von allen Stellen des Kopfes ausschliesslich nur von dem Ohr der gesunden Seite gehört wurde.

Zu der naheliegenden Annahme einer Sclerose der Mittelohrschleimhaut, fehlten zu viele Symptome, sowie ich überhaupt diese Erkrankung unter über 3000 Patienten bisher hier noch nicht einmal ohne allen Zweifel sicher constatiren konnte. Das Aussehen der Trommelfelle, die Entwickelung des Leidens und die Symptome stellten für mich die Diagnose sicher, dass es sich um einen chronisch entzündlichen Process im Trommelfell handelte, in Folge dessen es zu einer Verdickung, Verhärtung und Herabsetzung der Schwingungsfähigkeit der Membran gekommen war, ohne Injection oder Granulationsbildung oder eitrige Absonderung. Mein Gedankengang war nun der, dass in Folge der herabgesetzten Schwingungsfähigkeit des Trommelfelles und in Folge seiner Verdickung ein dauernder Ueberdruck auf die Gehörknöchelchenkette und den Labyrinthinhalt ausgeübt würde und dass auch der, durch die tuba Eustachii vermittelte Luftdruck nicht mehr im Stande sei das harte Trommelfell in seine Gleichgewichtsstellung zu drängen und dadurch das Labyrinth vom Drucke der Steigbügelplatte zu entlasten. Wenn dieser Zustand Monate oder Jahre lang bestehen bleibt, so ist während dieser ganzen Zeit eine normale Beweglichkeit der Gehörknöchelchengelenke, sowohl wie der Steigbügelplatte einerseits, als auch andererseits des Trommelfelles unmöglich und es wird sich in Folge dessen eine Inactivitäts-Ankylose der Gehörknöchelchengelenke und eine feste Verbindung der Steigbügelplatte im ovalen Fenster ausbilden. Es wird dadurch ein mehr oder weniger grosser Ueberdruck auf den Labyrinthinhalt ausgeübt werden und es ist erklärlich, dass auf diese Weise eine Druckparese des Corti'schen Organs entstehen kann, sodass in diesem Falle die Kopfknochenleitung auf der betreffenden Seite ganz erloschen sein wird, während sie noch erhalten ist, jedoch mit Lateralisation nach der gesunden Seite, wenn der Labyrinthüberdruck noch nicht lange genug eingewirkt hat, um eine vollständige Lähmung der Nervenenden zu bewirken. So war es zu erklären, dass bei der einen Patientin die Knochenleitung auf der kranken Seite bereits ganz erloschen war, während sie in den anderen Fällen zwar noch erhalten war, aber nach der gesunden Seite hin lateralisirte. Hier war also auch nach Analogie des Rinne'schen Versuches, der Schluss gerechtfertigt, dass die Schwerhörigkeit bedingt war, durch die abgesetzte Schwingungsfähigkeit des schallleitenden Apparates.

In Folge dieser Annahme über das Zustandekommen der Herabsetzung der Hörfähigkeit, hielt ich es für gerechtfertigt durch eine Discision des Trommelfelles den Versuch zu machen, das Labyrinth von seinem Ueberdruck zu entlasten und der Erfolg hat in allen drei Fällen gelehrt, dass auf diesem Wege zum mindesten eine Besserung des Leidens zu erzielen ist. Um der supponirten abnormen Festigkeit der Steigbügelplatte im ovalen Fenster auch direct entgegen zu wirken und nach chirurgischem Princip die dort bestehende fibröse Ankylose zu beseitigen, nahm ich pas-

Digitized by Google

sive Bewegungen des Trommelfelles und indirect auch der Gehörknöchelchen vor dadurch, dass ich vermittelst eines feinen, in die Discisions-Oeffnung eingesetzten Häckchens dicht unter dem kurzen Fortsatz des Hammers fasste und das Trommelfell leicht nach aussen zog. Ich bemerkte ausdrücklich, dass vorher längere Zeit hindurch ausgeführte Katheterismus mit Lufteinblasung nicht die geringste Wirkung erzielte, wie ich glaube, aus dem Grunde, weil das Trommelfell zu unnachgiebig geworden war. Auch die Anwendung der Lucae'schen federnden Drucksonde, sowie einer metallenen Drucksonde (ohne Gummiplatte), war erfolglos geblieben. In Folge des bekannten schnellen Wiederverschlusses der Oeffnung im Trommelfell stellten sich die Beschwerden, welche sofort nach der Durchschneidung sehr merklich abgenommen hatten, bald wieder ein, aber in allen Fällen in erheblich geringerem Grade. Die vorher stark entotischen Geräusche kehrten schwächer wieder. Im Gegensatz hierzu stellte sich jedoch allmählig und zwar ziemlich rasch die Kopfknochenleitung wieder vollständig her, sodass die früher angegebene Lateralisation nach der gesunden Seite verschwand, und der Ton höher, wie tiefer Stimmgabeln beiderseits deutlich durch die Knochenleitung gehört wurde, ein Beweis dafür, dass die Functionsfähigkeit der Nerven sich wieder hergestellt hatte, nachdem der auf ihm lastende Ueberdruck beseitigt war. Die schnelle Verheilung der Schnittwunde im Trommelfell machte in allen Fällen eine öfters wiederholte Discision notwendig; bei einem Kranken kam ich jedoch mit einer den ganzen hinteren unteren Quadranten einnehmenden dreieckigen Excision aus, wohl desswegen, weil sich hier eine relativ breite Narbe bildete, die stets leichter schwingungsfähig bleibt, als das starre Trommelfell, das sich sofort wieder bildet, wenn nur eine Discision gemacht worden ist. Die Discision machte ich stets etwa 1—2 mm hinter und parallel dem Hammergriff dicht unterhalb des proc. brevis beginnend und bis in den hinteren unteren Quadranten hinein. Damit ich nicht zwei Instrumente brauchte, liess ich mir an der Basis der Lanze des Paracentesen-Messers ein kleines Häckchen anbringen, um mit demselben Instrumente, sofort nach der Durchschneidung auch die passiven Bewegungen machen zu können. Nach 24 Stunden war die Oeffnung auch für ein Häckchen (ohne Messer) durchgängig, 2 Tage nach der Discision aber bereits verheilt. Die Durchschneidung war in allen Fällen erst schmerzhaft, denn die vorherige Einträufelung einiger Tropfen einer 20% Cocain-Lösung hatte auch nicht den geringsten Erfolg gegen die Empfindlichkeit, sodass die eine Patientin — eine sehr energische intelligente Dame — sich die Operation, nachdem die erste unter Cocain-Anwendung gemacht worden war, dann ohne dieses Mittel erbat, wobei sich herausstellte, dass das Cocain auch nicht im mindesten die Empfindlichkeit herabgesetzt hatte.

Die Tractionen am durchschnittenen Trommelfell aber waren fast garnicht schmerzhaft, obgleich ich dieselbe verhältnissmässig sehr energisch machte und ich war erstaunt über den grossen Widerstand, den dabei das Trommelfell darbot. Der Erfolg war stets der gleiche. Wenige Stunden nach der Operation liessen die entotischen Geräusche nach und das Gefühl der Schwere des Kopfes, besonders auf der kranken Seite, verschwand allmählig.

Nach der 3. oder 4. Discision und Bewegung fand sich nachdem die Knochenleitung wiedergekehrt war, auch die Luftleitung wieder und es waren mir die Angaben der bereits erwähnten Dame sehr interessant, dass

Digitized by Google

sie meine. ihr Gehörnerv lerne erst allmählig hören. Je öfter sie dieselbe Stimmgabel (hohe oder tiefe) auf das Scheitelbein aufsetzte, um so besser wurde das Gehör, sowohl bezüglich der Stärke der Tonempfindung als auch der Dauer; ebenso hörte sie das Ticken der Uhr in contact. auriculae immer deutlicher, je länger die Uhr vorgehalten wurde. Diese Thatsache benützte ich um den — gewissermassen wieder zum Leben erweckten Nerven allmählig mehr und mehr zum Hören zu erziehen, indem ich öfters am Tage die Stimmgabel auf den Kopf aufsetzen liess, — mit der Uhr machte die Patientin schon allein Versuche und war glücklich, als sie seit Jahren wieder zum ersten Male ihre eigene Uhr ticken hörte. Die Einwirkung starker und lauter Geräusche wurde jedoch ängstlich vermieden, da ich fürchtete, dass der Nerv darauf leicht mit Lähmung reagiren könnte.

Epicritische Bemerkungen:

Die Folgen, welche sich aus dem genannten operativen Eingriff ergeben, lassen sich dahin zusammen fassen, dass in denjenigen Fällen, in denen als Grund der Schwerhörigkeit der schallleitende Apparat sicher anzusehen ist und die weitere Untersuchung ergiebt, dass das Trommelfell verdickt, diffus getrübt, nicht transperent, milchig gefärbt ist, eine Excision resp. Discision der Membrana tympani und passive Bewegungen der Gehörknöchelchenkette zum mindesten erlaubt sind. Liegt dabei jedoch ein Grund zu der Annahme vor, dass zwischen der Steigbügelplatte und dem ovalen Fenster bereits eine knöcherne Ankylose eingetreten ist, so ist die Operation nicht mehr angezeigt, da dann eine Lockerung des Steigbügels durch die eben genannten Tractionen nicht mehr zu erwarten ist. Um sich über den letzten Punkt — der knöchernen Ankylose der Steigbügelplatte — möglichst Gewissheit zu verschaffen, ist die von Bing angegebene entotische Anwendung des Hörrohr's durch den in die Tuba Eustachii eingeführten Catheter von massgebender Bedeutung. Hört der Patient die auf diese Weise mässig laut ihm gesprochenen Worte doch, so lässt sich sicher annehmen, dass keine knöcherne Ankylose besteht, denn dann müssen „die in die Paukenhöhle gelangten Schallwellen unmittelbar von der Steigbügelplatte auf den Labyrinthinhalt übertragen werden.“ Die Steigbügelplatte muss also noch, wenn auch in geringerem Grade, als normal, beweglich sein, eine knöcherne Ankylose darf also ausgeschlossen werden. In einem derartigen Krankheitsfall würde event. die Entfernung des Steigbügels in Frage kommen, jedoch wohl nur theoretisch, den practisch wäre bei knöcherner Verwachsung der Steigbügelplatte mit dem ovalen Fenster die Entfernung der Stapes wohl nicht ausführbar. — Dass aber ein, in Folge des auf ihm lastenden Ueberdruckes bereits ganz oder doch sicher zum grössten Teile functionsunfähig gewordener Acusticus doch wieder, wenn ich so sagen darf — in's Leben zurückgerufen werden kann, beweist, dass sich, wie ich oben erwähnte, die Knochenleitung wieder hergestellt hat, nachdem sie schon ganz erloschen war. Ich füge schliesslich noch hinzu, dass ich bereits vor mehreren Jahren 2 Kranke, bei denen derselbe Symptomencomplex zu constatiren war, mit Durchschneidung der Sehne des Tensor tympani ohne jeden Erfolg behandelt habe. Ich glaube dass der Erfolg hier desswegen ein negativer war, weil das Trommelfell bereits so verdickt und unnachgiebig geworden war, dass der Muskel so gut wie garkeine Wirkung auf dasselbe ausüben konnte und also auch seine Aus-

Digitized by Google

spaltung keinen Erfolg für die freiere Beweglichkeit des Trommelfelles haben konnte.

Ueber die Sondirbarkeit der Stirnhöhlen.

Von
Dr. **Cholewa.** Ohrenarzt zu Berlin.

(Hierzu eine Tafel mit drei Abbildungen.)

Zur Entstehungsgeschichte dieser meiner heutigen Arbeit muss ich den geneigten Leser auf einen kleinen Aufsatz verweisen, der, in den therapeutischen Monatsheften März 1891 von mir veröffentlicht, die Behandlung von Empyemen der Stirnhöhlen vermittelst Einbringung von Pyoktanin zum Object hatte. Ich schilderte daselbst mein Verfahren und setzte naturgemäss dabei voraus, dass die Sondirung dieser Höhle in den betreffenden Fällen möglich und dadurch die Einbringung von Pyoktanin gesichert wäre. Denn wäre eine Sondirung in den betreffenden Fällen nicht möglich gewesen, so würde auch eine Ausspülung der Stirnhöhle und die nachträgliche Einbringung von Pyoktanin auf den Krankheitsverlauf ohne Einfluss gewesen sein. Meine Mitteilung war also eigentlich nur therapeutischer Natur, erschien deshalb auch in den therapeutischen Monatsheften und hatte durchaus nicht den Zwek die Sondirbarkeit als absolut möglich für alle Fälle hinzustellen. Ich war deshalb nicht wenig erstaunt, als in der Septembernummer der therapeutischen Monatshefte ein Artikel von einem Herrn Katzenstein erschien, der unter der Maske der Wissenschaftlichkeit mein Verfahren nach allen Richtungen zu discreditiren versuchte. Obwohl diese Art von Angriffen in der medicinischen Presse neuerdings ziemlich ordinär und in ihrer Tendenz des „semper aliquid haeret" zu flach sind, um eine ernstliche Beachtung zu erheischen, so schien es mir doch von einigem Interesse, die Ideen bewährter Collegen über das Für und Wider der Sondirbarkeit der Stirnhöhlen einzuholen. Meine eigenen Erfahrungen, die ich sowohl in meiner langjährigen Stellung als Assistent an einem grösseren poliklinischen Institute wie in meiner eigenen Poliklinik in reichem Maasse zu machen Gelegenheit hatte, sprechen für die durchschnittliche Möglichkeit der Sondirung. Arbeiten wie die von Juracz, Moldenhauer, Schech, Hansberg, Bresgen bestärkten mich in dieser Auffassung, obgleich ich bemerken muss, dass nur von einem dieser Herren, Hansberg,*) nämlich näher auf die Technik der Sondirung der Stirnhöhlen eingegangen ist. Andere wieder, die ich persönlich zu interviewen Gelegenheit nahm, sprachen sich gegen die Sondirbarkeit aus, ohne indess im Stande zu sein, genügende Gründe für ihre Ueberzeugung beizubringen. Es war mir in Folge dessen von hohem Interesse eine Ansicht Zuckerkandl's kennen zu lernen, die er in seinem kurzen Resumé der Nasenanatomie (XIV. Bd. der Realencyclopaedie d. m. W. pg 49) so à propos mit unterlaufen lässt und die folgendermassen lautet: „So leicht nun ein eventuelles Exsudat aus der (Stirn-) Höhle abfliessen kann, so ungünstig stellt sich die Sondirung derselben und die Fälle, wo es wirklich gelungen sein soll die Stirnhöhle (doch wohl bloss beim Lebenden, d. Verf.) zu sondiren, sind nicht über jede Kritik erhaben."

Je höher der Autor und besonders sein Werk „über normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhle" in der Achtung aller sich mit

*) „Die Sondirung der Nebenhöhlen der Nase, von Dr. med. Hansberg. Januar- und Februar-Nummer der Monatsschrift für Ohrenheilk. etc. 1890."

Digitized by Google

dieser Materie beschäftigenden Collegen steht, um so schwerer werden seine Worte und sein Verdikt in die Wagschale fallen müssen. Wir dürfen aber nicht vergessen, dass man als guter Anatom kein Chirurg zu sein braucht, dass aber umgekehrt ein tüchtiger Chirurg immer ein guter Anatom sein muss. Jedenfalls begründet Zuckerkandl daselbst seine Ansicht nicht, ja er versucht es nicht einmal, obwohl es unzweifelhaft ist, dass er durch sein reiches Material am ehesten hierzu berufen war. Wir werden noch öfter im Verlauf dieser Arbeit zu erkennen Gelegenheit haben, dass, wenn auch dem scharfen Auge des Anatomen nichts Wesentliches bei der Durchforschung der Nasenanatomie entgangen ist, ihm doch unbedingt und naturgemäss die praktische, sage specialistische Spürkraft gefehlt hat, mit deren Hülfe wir erst im Stande sind, die gefundenen anatomischen Thatsachen für die Praxis nutzbar zu machen. Um diese Widersprüche wenigstens für mich in definitivem Sinne zu lösen, unternahm ich diesen Winter auf der hiesigen Anatomie eine Reihe von Schädeldurchschnitten, deren Ergebnisse in vieler Beziehung von hohem Interesse sind. Besonders in Bezug auf die Sondirbarkeit der Stirnhöhlen unternommen, haben sie zu Resultaten geführt, die ich mir erlaube, den Herren Collegen hier vorzulegen, nur bitte ich im Voraus um Entschuldigung, wenn ich in bekannten anatomischen Details etwas weitschweifig erscheine. Die Aufgabe, die ich mir bei Beginn meiner Arbeit stellte, war die Beantwortung der Frage „1. In welchen Fällen ist die Stirnhöhle beim Menschen sondirbar und 2. in welchen nicht.“ Die Antwort ad 1. war kurz: „In normalen anatomischen Fällen ist die Stirnhöhle auch beim lebenden Menschen mit geeigneten Sonden sondirbar.“ Und warum sollte es nicht so sein? Sehen wir uns doch einmal die Situation an einem macerirten Schädel oder besser noch einem einzelnen os ethmoïdeum an. Dasselbe in der Lage gehalten wie es sich im Schädel bei grader, etwas nach hinten geneigter Kopfhaltung findet, zeigt vorn am Ansatz der mittleren Muschel eine Oese, deren innere Lamelle durch die mittlere Muschel, die äussere durch den proc. uncinatus und deren Mitte von einem Theil einer Zelle der os ethmoïdeum gebildet ist, die gewissermassen als Ansatzpunkt für jene beiden Lamellen betrachtet werden muss. Doch nicht hierdurch allein ist jene Zelle von Wichtigkeit, sie hilft auch mit ihrer hinteren Wand den vorderen und höchsten Theil des Infundibulum bilden und grenzt seitlich unmittelbar an die Stirnhöhle an. Nach hinten und gradeüber von dieser Zelle finden wir die bulla ossea sowie die meist über ihr gelegene ethmoïdal-Zelle, deren Wandungen hier fast senkrecht verlaufen und als hintere Begrenzung eines Canals zu betrachten sind, der nach vorn von jener vorderen Zelle, nach Aussen vom Thränenbein begrenzt und nach Innen am macerirten os ethmoïdeum offen ist. Dieser halboffene Canal ist nichts weiter als das Ende der hiatus semilunaris und zeigt an seinem höchsten Punkte eine lochartige Oeffnung, die in den Boden einer halben Zelle eingefügt ist. Jene halbe Zelle bildet mit dem sinus frontalis des übergestützten Stirnbeins die Stirnhöhle und ist das Loch an ihrem Boden nichts weiter wie das normale foram. frontale. Man wird also um in die Stirnhöhle zu kommen jenen halbknöchernen Canal aufsuchen müssen, dessen Wände, wie schon gesagt, verhältnissmässig grade und senkrecht verlaufen und der, wie seine Begrenzung nach Aussen durch das Thränenbein zeigt, nicht dicht an der mittleren Muschel (wie Hansberg meint) zu suchen,

Digitized by Google

sondern mehr nach Aussen gelegen ist. Sehen wir uns nun einen sagittalen Durchschnitt eines Schädels an, dessen Schleimhaut und Muscheln intact erhalten, dessen Stirnhöhle von Innen geöffnet ist, so hat sich die Situation insofern geändert, als die Bedingungen für die Sondirung eher leichter geworden sind. Das Polster, mit welchem die Schleimhaut im untern Theil des hiat. semilunaris die Lücken des os maxillare ziemlich schlaff überzieht, ist am oberen Theil fest und straff um den proc. uncinatus geschlagen. Die bauchige Schleimhaut duplicatur, welche am forum maxillare im Verein mit der bulla ossea eine Sondirung der Highmorshöhle in sehr vielen Fällen zur Unmöglichkeit macht, existirt hier nur als senkrecht abfallende etwas zurücktretende scharfe Leiste. Der hiatus semilunaris ist hier weiter geworden.

Wenn nun aber Zuckerkandl (pg 37) behauptet „von der Weite der Spalte (hiatus semilunaris) hängt es ab, ob man die ostia (frontale et maxillare) sieht," so ist das ein Irrthum in den auch Juracz (siehe Heft I, „Die Krankheit der oberen Luftwege von Dr. A. Juracz") verfallen ist. Juracz hält eine Sondirung der Stirnhöhle nur dann für möglich, wenn die Ausmündungsstelle des Stirnhöhlenganges(?) bei der Rhinoscopia sichtbar sei, wogegen Hausberg behauptet, dass in keinem seiner zahlreichen Präparate es möglich gewesen wäre, das für gewöhnlich von der mittleren Muschel verdeckte ostium der Stirnhöhle zu sehen." Hausberg hat meiner Ansicht nach vollkommen recht; aber nicht das vordere Ende der mittleren Muschel allein kann uns die Aussicht verderben, sondern vor allen Dingen die Lage des Infundibulum nach Aussen und Oben, vom Ansatz der proc. uncinatus ist es, die bei auch noch so flachem Infundibulum den Eingang in die Stirnhöhle verbirgt. — Das was beide Forscher, besonders aber Junacz getäuscht haben mag, ist eben jene oben weitläuftig beschriebene Oese am Ansatz der mittleren Muschel, welche uns allerdings den Weg zur Stirnhöhle zeigt, da wir von ihr aus leicht in das Infundibulum gelangen können; niemals aber werden wir durch dieselbe hindurch einen Anblick des forumen frontale oder gar einen Einblick in das cavum selbst erzielen. Durch die Lage jener Oese am vorderen Ansatz der mittleren Muschel wird sie selten, auch wenn eine Vergrösserung der Letzteren sich findet, ganz dem Auge des Sondirenden entzogen werden. Es wird also auch eine Verlängerung des vorderen Endes der mittleren Muschel, besonders wenn man die stark nach hinten geneigte Schädelstellung des zu Untersuchenden mit in Rechnung zieht, an und für sich kein Hinderniss der Sondirung abgeben. Nur dann wird ein solches eintreten, wenn mit der Verlängerung eine blasige (Knochen-) Auftreibung des vorderen Endes der mittleren Muschel einhergeht.

Ausser jenen blasigen Verdickungen, auf die besonders Zuckerkandl aufmerksam gemacht, bieten jene Fälle besondere Schwierigkeiten für die Sondirung, bei denen der vordere Ansatz der mittleren Muschel in relativ weiter Ausdehnung straff mit der Seitenwand der Nase verbunden anstatt jener Oese nur einen sehr engen, weit nach hinten gelegenen spaltförmigen Schlitz zeigt. Tritt hierzu noch eine S-förmige Verbiegung des Seplum, die mit ihrem oberen Theil vorspringend die mittlere Muschel an die Seitenwand der zu sondirenden Seite der Nase anpresst, so können allerdings Zusstände geschaffen werden, die eine Sondirung in diesen, nur anatomisch als abnorm zu bezeichnenden Fällen, verbieten. Ich habe schon in meiner

Digitized by Google

ersten Arbeit kurz darauf hingewiesen, dass ich Vergrösserungen des vorderen Endes der mittleren Muschel bei relativ senkrechtem Stande der lamina perpendicularis septi durchaus für kein Hinderniss der Sondirung halte. Mein Vorschlag daselbst, die mittlere Muschel nach dem septum zu drängen, sie gewissermassen zu luxiren, ist leicht ausführbar, besonders dann, wenn wir jene Oese d. h. den Ansatz der mittleren Muschel etwas nach oben incidiren. Ein Abdrehen oder Abreissen des vorderen Endes kann, wie schon gesagt, auf die Weise vermieden oder wenigstens auf nur einzelne Fälle beschränkt werden. Auf diese Weise werden wir einen grossen Theil jener oben erwähnten Schwierigkeiten überwinden lernen; sie liegen ja auch gewissermassen nur an der Schwelle unsres Sondirungsfeldes und haben mit dem eigentlichen Sondirungswege nichts zu thun. Haben wir sie aber einmal überwunden, so kann die nun folgende Sondirung nur als leicht bezeichnet werden.

Wenden wir uns zu Letzterer selbst, so wird es naturgemäss nötig sein, Sonden zu gebrauchen, die einigermassen der Form des zu passirenden Weges entprechen. Aus halbweichem Material verfertigt, biegt Hausberg die letzten 3 cm. seiner Sonde in einen Winkel von 125 ° von dem graden Theil ab. Ich schliesse mich dem an und bemerke nur, dass ich gemäss des Infundibulum nach Aussen vom Ansatz des proc. uncinatus eine zweite geringe Abbiegung am Ende der Sonde und zwar nach der Seite vornehme, die sondirt werden soll. Mit solcher Sonde gehen wir nur bei stark zurückgebogenem und etwas nach der zu sondirenden Seite geneigten Schädel des zu Untersuchenden in jene Oese am vorderen Ende der mittleren Muschel ein. Nun ist es von der höchsten Wichtigkeit, nicht sofort den Griff der Sonde bis auf den Boden der Nase zu senken, sondern erst durch eine kleine senkrechte Bewegung mit der ganzen Sonde in die Höhe den graden Theil des Canals zwischen bulla ossea und vorderer Wand zu passiren. Ist diess geschheen, so wird der Griff gesenkt, die Drehung der Sonde nach aussen im Verein mit jener 2. Abbiegung an ihrer Spitze, lässt dann ein Hineingleiten in das Infundibulum und durch das in seinem Dache liegende foramen frontale in die Stirnhöhle als ein äusserst einfaches und zierliches Manöver erscheinen. Würde man den Griff der Sonde sofort nach dem Eingehen in die Oese senken und sich nun, dem Rathe Hausbergs folgend, bei der Sondirung mehr in der Mittellinie halten, so würde man unfehlbar gegen jene vordere Siebbeinzelle stossen, die, wie oben gezeigt, als Ansatzpunkt für die mittlere Muschel und proc. uncinatus zu betrachten ist, oder man würde in einen recessus gerathen, der nach Zuckerkandl sich häufig zwischen dem Ansatz der mittleren Muschel und jener Zelle findet. In beiden Fällen würde eine Drehung der Sonde nach Aussen durch den Ansatz des proc. uncinatus verhindert und eine Sondirung durch das Infundibulum hierdurch unmöglich werden.

(Schluss folgt.)

Digitized by Google

Bericht über die Verhandlungen der ersten Versammlung der deutschen otologischen Gesellschaft zu Frankfurt a. M. 1892.

Von

Dr. Sigismund Szenes in Budapest.

(Schluss.)

14. Szenes (Budapest): **Ueber eine heilungsbefördernde Complication der Otitis media suppurativa acuta.**

Sz. hat in den letzten 2½ Jahren 21 solche Fälle von acuter Paukenhöhleneiterung beobachtet, deren jeder einzelne Fall, nach kürzerer oder längerer Behandlungsdauer, zur vollkommenen Heilung führte, nur auffallender Weise gesellte sich in jedem dieser 21 Fälle der acuten Paukenhöhleneiterung eine Otitis externa diffusa, und erst mit der Heilung letzterer, nach einem kaum 3—4 tägigen Bestande, waren auch die Symptome der primären Paukenhöhlenerkrankung vollkommen geschwunden. Die Erkrankung der Paukenhöhle war in 6 Fällen nach Erkältung oder Luftzug, 5 Mal in Folge von Influenza, in 2 Fällen in Begleitung eines heftigen Schnupfens, 2 Mal in Folge von Scarlatina, 1 Mal in Folge von Morbilli, 1 Mal nach einer Tonsillitis follicularis und in einem Falle von Morbus maculosus Werlhofii aufgetreten; ferner war die Erkrankung einmal traumatischen Ursprungs (Herumstochern im Ohre und dabei Verletzung des Trommelfelles), in einem Falle nach Erbrechen und endlich einmal war sie durch Anwendung der Nasendouche von Seiten des behandelnden Hausarztes verursacht worden. In 6 von diesen Fällen bestand die Erkrankung der Paukenhöhle beiderseits, 15 Mal hingegen nur einerseits.

Die Paukenhöhleneiterung wurde immer schulgemäss behandelt, doch die Otorrhoe sistirte erst dann, als 3—4 Tage früher eine diffuse Otitis externa auftrat, und als auf Behandlung letzterer die durch dieselbe neuerdings verursachten Schmerzen verschwunden und die durch die Anschwellung der Gehörgangswände verursachte Verengerung der Lichtung zurückgegangen war, sistirte auch die Otorrhoe, und der früher bestandene Trommelfelldefect war entweder schon vernarbt oder zum Mindesten im Vernarben begriffen. Von den 6 Fällen, wo die Paukenhöhle beiderseits erkrankt war, hatte sich 3 Mal eine unilaterale und 3 Mal eine bilaterale Otitis externa hinzugesellt, und sonderbarer Weise hat in den ersteren Fällen die Paukenhöhleneiterung auf jener Seite früher aufgehört, wo die externa hinzutrat, als auf der Seite, welche von der externa verschont blieb. In 3 Fällen hörte die Paukenhöhleneiterung nach Heilung der hinzugetretenen Otitis externa ebensowenig auf, wie man dies in der Praxis häufig genug beobachten kann, doch war in denselben Fällen dem Sistiren der Paukenhöhleneiterung ein zweites Auftreten einer externa vorausgegangen, und erst nach der Heilung dieser letzteren hat die Paukenhöhleneiterung aufgehört.

Nie konnte es nachgewiesen werden, auf welcher Weise die Otitis externa entstanden war. Therapeutisch wurden angewendet: bei starker Anschwellung der Gehörgangswände Blutegel, ausserdem Instil-

Digitized by Google

lationen mit essigsauerer Thonerde (4fach mit Wasser verdünnt). Sublimat (1:1000), oder Aluminium acetico-tartaricum (1:5), und warme trockene Tücher aufs Ohr. Vom differentialdiagnostischen Standpunkte hebt Sz. hervor, eine durch Otitis externa diffusa verursachte Anschwellung der Gehörgangswände nicht mit einer solchen Anschwellung dieser Gebilde zu verwechseln, welche durch eine Mitaffection des Warzenfortsatzes bedingt ist. Es muss allerdings noch dahin gestellt bleiben, ob nicht die mit der externa einhergegangenen und neuerdings aufgetretenen Symptome (Fieber, Schmerzen) die betreffenden Patienten ermahnten das Uebel ernster zu nehmen, sich besser pflegten und auch den Vorschriften pünktlicher nachkamen und somit die vielleicht auch sonst schon zu heilen im Begriffe gewesene Media auf dieser Art rascher heilte, oder aber der hinzugetretenen Externa in Wirklichkeit etwas Heilungsbeförderndes zugeschrieben werden muss.

Discussion:

Dennert (Berlin) meint, dass bei acuten oder chronischen Entzündungen der Paukenhöhle die hinzugetretene Entzündung des äusseren Gehörganges eine ableitende Wirkung auf den Process in der Paukenhöhle ausübt.

Szenes betont die erwähnten Entzündungen des äusseren Gehörganges nicht mit jenen zu verwechseln, welche man ziemlich häufig in Begleitung von chronischer Otorrhoe auftreten sieht, wo jedoch nach Ablauf der Otitis externa die Paukenhöhleneiterung auch weiter besteht. Hier handelt es sich um solche externe Otitiden, welche sich zu acuten Paukenhöhleneiterungen hinzugesellten, und selbst nach Monaten konnte sich Sz. davon überzeugen, dass mit der externa die Otitis media dauernd geheilt war.

15. Schubert (Nürnberg): Ueber Pilocarpinbehandlung.

Nach eingehender Würdigung der Resultate von Politzer, Moos, Lucae, Kretschmann, Wolf, Barr, Ludewig, Nothnagel, Corradi, Schmiegelow, Böke und Kosegarten, empfiehlt Sch. das Pilocarpin für jenes Stadium der acuten Mittelohreiterungen, bei welchem die Secretion aufgehört hat, die Perforation zugewachsen ist, und dennoch trotz der üblichen Nachbehandlung das Gehör längere Zeit hindurch mit der üblichen Behandlung nicht gebessert werden kann, wenngleich in Nase und Rachen keine fortwirkenden Ursachen gefunden werden können. Es gelang Sch. in diesen Fällen mit Pilocarpin ein Hörvermögen, welches sich eine oder mehrere Wochen gleich blieb und war, wie nach dem Catheterismus die gleiche Hörweite aufwies, nach wenigen Injectionen zu verdoppeln und später zu vervielfachen.

In seinen Reflexionen stellt Sch. folgende Grundsätze auf: 1) Das Pilocarpin ist contraindicirt bei alten schwächlichen, sowie bei herzkranken Individuen. 2) Es soll nicht bei vollem Magen angewendet werden. 3) Die Dosirung soll nicht zu schüchtern sein: Sch. beginnt bei gesunden Erwachsenen nicht unter 1 cgr und steigt bis zur Grenze der individuellen Verträglichkeit, welche meist bei 15—20 mgr liegt. 4) Wegen Schonung des Magens, ferner wegen schnellerer und intensiverer Wirkung, als auch wegen der besseren Ueberwachung durch den Arzt, zieht Sch. vor das Mittel subcutan anzuwenden; muss es per os verwendet werden, dann möge man ebenfalls nur 1 Mal täglich die

Digitized by Google

volle Dosis verabreichen, und Patient lege sich ebenso ins Bett, wie bei subcutaner Anwendung. Endlich meint Sch. dass das Pilocarpin durch Anwendung bei Sclerosen, wo es nicht nützen kann und nur schwächt, discreditirt wird.

Discussion:

Eulenstein (Frankfurt a. M.) erwähnt, in einem Falle von Labyrinthtaubheit in Folge von Scharlach, schon nach 6 Pilocarpin-Injectionen (je 5 Tropfen einer 2% Lösung) ein solches Resultat erzielt zu haben, dass die Conversationssprache wieder verstanden wurde; die vollkommene Heilung erfolgte dann ohne weiter fortgesetzte Pilocarpinhandlung.

Trautmann (Berlin) empfiehlt bei acuten luetischen Erkrankungen des Acusticus gleichzeitig auch die Schmiercur anzuwenden.

Barth (Marburg) erinnert daran, dass die Patienten gerne eine subjective Besserung angeben, um hierdurch die Behandlung abzukürzen; man soll daher gegen solche Aeusserungen etwas skeptisch sein. Andererseits erwähnt B. einen Fall von totaler Taubheit nach Diphtheritis welche ohne irgendwelches Hinzuthun spontan heilte.

O. Wolf (Frankfurt a. M.) glaubt dass das Pilocarpin eine profuse Absonderung aus der Paukenhöhle verursacht; mit dieser bessert sich auch die Circulation und Resorption im Labyrinthe.

Kretschmann (Magdeburg) erachtet die Pilocarpinbehandlung für resorptionsbefördernd auch auf chronische Exsudate. Das pharmacologische Praeparat ist ziemlich inconstant, das Verhalten der Patienten gegen dasselbe äusserst wechselnd. Ebenso günstig wie Pilocarpin fand K. auch Folia Jaborandi, welche zu 3 g pro dosi genommen werden können.

Lucae (Berlin) bemerkt, dass in manchem Falle blos eine stark vermehrte Speichelabsonderung eintrete und auch diese vermag eine bleibende Hörverbesserung zr verursachen. Die Anfangs der Cur auftretende Verschlimmerung der subjectiven Gehöreinpfindungen hat sich L wiederholt als ein günstiges Zeichen für eine später eintretende Gehörver besserung erwiesen.

Schubert schreibt die ungleichmässige Wirkung der Pilocarpinpräparate den Beimengungen von Jaborin zu, welches der Pilocarpinwirkung entgegensteht. Bezüglich der Indication für Pilocarpin theilt Sch. die Ansicht Kretschmann's, indem er es dort anwendet, wo Exsudat vorhanden ist.

16. Asher (Heidelberg): **Ueber Labyrinthflüssigkeit.**

A.'s Beobachtungen sprechen gegen die in einigen Werken vertretene Auffassung einer gallertigen Beschaffenheit der Peri- und Endolymphe.

Discussion:

Lucae (Berlin) erwähnt, dass ältere Anatomen bei den Fischen die Endolymphe als dickflüssige, leimähnliche Flüssigkeit beschrieben.

Kuhn (Strassburg) bemerkt, dass bei den Fischen Consistenz und Durchsichtigkeit der Perilymphe eine andere Beschaffenheit zeigt als die Endolymphe dieser Thiere und die Perilymphe der höheren Wirbelthiere. Bei letzteren sind Endo- und Perilymphe gleich flüssig und durchsichtig.

Digitized by Google

17. Koerner (Frankfurt a. M.): **Uebergang von Erkrankungen aus der Paukenhöhle durch den Canalis caroticus auf das Schädelinnere.**

Bei Erkrankung des Knochens zwischen Paukenhöhle und Carotiswand, können folgende Zustände auftreten: Stauung in den durch den carotischen Canal den Schädel verlassenden Lymphgefässen; Folge: Stauungspapille (Barker). 2) Erkrankung des im carotischen Canal befindlichen Venenplexus und des Sinus cavernosus (Styx). 3) Erkrankung der Carotiswand: Tuberculose (Habermann), Verbreitung miliarer Tuberculose von der allein tuberculös kranken Paukenhöhle längs der Carotis und ihrer Fortsetzung der Arteria fossae Sylvii (Pitt.) 4) Ruptur der Carotis (Marcé, Hessler.) 5) Thrombose der Carotis mit Hirnembolien und embolischen Erweichungsherden (Causit, Baigeau, Gairdner, Barr).

Discussion:

Walb (Bonn) macht aufmerksam darauf, dass die Carotis nicht nur höher über dem Sinus cavernosus durchzieht, sondern bereits da, wo sie nahe der Paukenhöhlenwand heraufzieht, in einem Venenraum liegt, so dass bei Durchbruch des Knochens hier, ohne Verletzung der Carotis, Infection der Blutwege stattfinden kann.

Vohsen (Frankfurt a. M.) zeigt im Anschluss das Präparat eines Felsenbeins eines Phthisikers, wo bei der Auffmeisselung nach Wegnahme der hinteren oberen Gehörgangswand, in der Tiefe die Carotis pulsirte. Der Carotiscanal zeigt sich am Präparate lateral freiliegend, so dass man vom Gehörgang aus seine hintere Wand sieht.

18. O. Wolf (Frankfurt a. M.): **Demonstration einer aus dem Felsenbein gemeisselten Revolverkugel und Vorstellung der betreffenden Patientin.**

Die Kugel hat durch das Einschlagen in die Knochenzellen ihre Form so verändert, dass sie fast wie ein Carrossionspräparat aussieht. Die Concha der Operirten ist in Folge der Operation nachfolgender Perichondritis atrophisch geworden.

19. Vohsen (Frankfurt a M.): **Indicationen zur Paracentese der Shrapnell'schen Membran.**

An der Hand 5 einschlägiger Beobachtungen bespricht V. zuförderst die Aetiologie der spontanen Perforation der Membrana flaccida, um dann auf die Symptomatologie und Verlauf der acuten Entzündung im oberen Raume der Paukenhöhle zu kommen. Die Indication zur Paracentese der Shrapnell'schen Membran war stets in der hochgradigen Schmerzhaftigkeit gegeben, und wurde dieselbe in der Richtung des Hammergriffes etwas vor dem Processus brevis gemacht. V. glaubt durch diesen Eingriff ein Mittel zu haben, mit welchem es gelingen könnte, bei isolirten acuten Entzündungen des oberen Paukenhöhlenschnittes, den zumeist langwierigen Eiterungen hierselbst vorzubeugen.

Discussion:

Kessel (Jena) glaubt, dass ein Rivini'sches Loch entsteht bei Durchbruch, in Folge einer Entzündung der Membrana flaccida resp. des dahintergelegenen Paukenhöhlenraumes, welch' letztere bei starker Sehwellung und Wölbung das Bild eines Polypen vortäuschen kann. Die Infection geschieht wahrscheinlich in der Weise, dass der Luftstrom der Tuba gerade

Digitized by Google

auf die hintere Tasche gerichtet ist und mit demselben auch die Infectionsstoffe dahin gerathen.

20. Dennert (Berlin): **Zur Bedeutung des Schallquantums für die Hörprüfung.**

Eine gleichzeitige Berücksichtigung der Intensität und Quantität des Schalles empfiehlt D. für die Zwecke der Hörprüfung. Die Ergebnisse der Hörprüfung wären nur in dieser Weise diagnostisch zu verwerthen, da aus denselben differentialdiagnostische Anhaltspunkte zu ermitteln wären.

21. Schütz (Mannheim): **Ein Pharynxtonsillotom.***)

Das neue Instrument ist ein Tonsillotom für den Nasenrachenraum für die Operation der adenoiden Vegetationen. Dasselbe besteht aus 3 Schienen, zwei Führungsschienen und einer dazwischen liegenden Zugschiene; erstere sind in ihrem vorderen verbreiterten Theile der Rachenmündung entsprechend gebogen und mit einem fensterartigen Aussprung versehen. Die Operation wird per os ausgeführt, indem das vordere Ende des Instrumentes hinter dem Velum gegen die Rachenhinterwand bis an das Rachendach vorgeschoben und durch einen kräftigen Zug an beiden Zugringen wird das oben befindliche Messer sämmtliches, innerhalb des Rahmens befindliche adenoide Gevebe, mit Ausschluss jeglicher Nebenverletzungen, glatt abschneiden. Die abgeschnittene Tonsille wird entweder zwischen Messer und Rahmen eingeklemmt herausbefördert, oder sie fällt von dem Fenster auf den schräg nach abwärts verlaufenden Halstheil des Instrumentes in die Mundhöhle.

Sch. hat die Operation mit diesem Instrumente 12 Mal ausgeführt, in 2 Fällen war die Blutung auffallend gering, bei den Uebrigen blutete es ebenso wie bei dem Gottstein'schen Ringmesser. Letzterem gegenüber stellt Sch. als Vortheil seines Instrumentes, dass mit demselben eine Schnittwunde und keine Quetschwunde entsteht, und wendet er noch ein Compressorium an, welches vorne eine Metallplatte besitzt, ansonst aber dem Fenstertheile des Tonsillotoms entspricht. Die Schmerzhaftigkeit des Operationsverfahrens mit diesem Instrumente fand Sch. ebenfalls für geringer als bei der Gottstein'schen Operation.

22. Levy (Hagenau): **Demonstration eines neuen Hörmessers; kurze Mittheilung über das Ergebniss der mit demselben im Centralgefängniss zu Hagenau angestellten Untersuchungen.**

Bei dem Hörmesser dient als Schallquelle ein Wassertropfen von 1 dcgr Gewicht, der aus wechselnder Höhe auf eine lackirte Metallplatte auffällt. Die Fallhöhe ist an einer Millimeterscala abzulesen und verhalten sich die Intensitäten des Schalles wie die Fallhöhen, die Hörschärfe, jedoch umgekehrt wie dieselben. Letztere wird durch einen Bruch ausgedrückt, dessen Nenner 1, der Zähler hingegen die Fallhöhe ist, in welcher das Geräusch des fallenden Tropfens noch eben vernommen wird, was dadurch geschieht, dass sich das Ohr an den Ausschnitt einer gepolsterten Holztafel anlegt, welche der Schallquelle genähert oder von derselben entfernt werden kann.

*) Das Instrument ist zu haben bei Herrn Instrumentenmacher W. Walb in Heidelberg, Hauptstrasse 5.

Digitized by Google

An 200 weiblichen Gefangenen angestellte Untersuchungen ergaben eine Hörschärfe von $^1/_7$ für das Alter zwischen 15 und 19 Jahren, darüber bis zum 44. Jahre blieb die Hörschärfe $^1/_{10}$, um dann auf $^1/_{13}$ zu sinken. Isolirte Gefangene scheinen feiner zu hören.

Discussion:

Dennert (Berlin) hält den Apparat nur für Normalhörende für ausreichend, jedoch nicht für Ohrenkranke, denn mit einer Schallquelle kann man zeigen, dass Jemand gut hört, aber nicht ob er schwerhörig oder taub ist.

23. Barth (Marburg): **Demonstration eines Demonstrationsspiegels.**

Die Fläche desselben beträgt 28 □cm., ist halbkreisförmig und wird an die Linsenhülse der electrischen Stirnlampe mit einem Charniergelenk befestigt. Der Spiegel lässt sich leicht einstellen, giebt eine grosse Bildfläche, so dass 4 Personen bequem zu gleicher Zeit sehen und auch operative Eingriffe in tieferen Gängen leicht beobachten können.

24. Stacke (Erfurt): **Persönliche Bemerkung zu dem Vortrage Hartmann's.***)

Dieselbe ist ein Protest bezüglich der Priorität der von St. auf dem internationalen Congresss in Berlin 1890 angegebenen Methode der Eröffnung des Kuppelraumes nach Ablösung der Ohrmuschel, nachdem Hartmann gelegentlich der Sciopticum-Demonstrationen in St.'s Abwesenheit sich dahin äusserte, dass er dieselbe Operation schon lange vor St. gemacht hätte.

25. Walter (Frankfurt a. M.): **Seltener Verlauf einer Trommelfellverletzung.****)

Der Fall betrifft eine 30 Jahre alte Frau, bei welcher rechterseits hintere Wand des äusseren Gehörganges und oberer vorderer Quadrant des Trommelfells durch je einen Splitter eines Zahnstochers verletzt wurden. W. extrahirte die Splitter, ging antiseptisch und exspectative vor, wodurch die Verletzung der hinteren Gehörgangswand sehr bald heilte, die Oeffnung des Trommelfelles hingegen noch nach 7 Wochen, ohne jedwelche Entzündungserscheinung, nachzuweisen war, was W. einer ausnahmsweise sehr geringen Regenerationskraft zuschreiben möchte.

Im Anschlusse erwähnt W. im Methylenblau ein Mittel empfehlen zu können, wodurch es vielleicht gelingt das Offenbleiben einer künstlich herbeigeführten Perforation zu bewirken. Es wäre vielleicht möglich, eine durch Galvanokaustik herbeigeführte Perforation des Trommelfelles durch sofortiges Betupfen der Wundränder mit Methylenblau und Einlegen von Pyoktaninwatte ohne Entzündung und ohne Eiterung, offen zu halten.

Nach Erledigung der Tagesordnung wurde auf Antrag Lucae's beschlossen, Helmholtz die Ehrenmitgliedschaft der neugegründeten Gesellschaft anzubieten, ferner wird auf Trautmann's Antrag

*) Monatsschrift für Ohrenheilk. No. 7. pag. 194. 1892.

**) Der Vortrag wurde wegen zu später Anmeldung nicht gehalten jedoch zur Aufnahme in das Protokoll und Sitzungsbericht bestimmt.

Digitized by Google

Zaufal in einer Depesche eine baldige Genesung gewünscht, schliesslich spricht Trautmann den beiden Vorsitzenden (Moos, Lucae), Moos dem Localcomité (O. Wolf, Körner) und den Schriftführern (Szenes, Vohsen) den Dank der Gesellschaft aus.

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Die Spätnaht nach der künstlichen Eröffnung (Trepanation) des Warzenfortsatzes. Von Prof. Dr. Josef Gruber (Internat. Klinische Rundschau 1891, 31—33).

Mit der vorliegenden Arbeit ist in der operativen Ohrenheilkunde ein bedeutender Schritt nach vorwärts gemacht worden. Bisher war es Usus, nach der Trepanation des Warzenfortsatzes die Operationswunde durch Einlegen von Jodoformgaze, etc. nach aussen offen zu halten und den Substanzverlust durch Granulationsbildung von innen her sich ersetzen zu lassen, wobei immerhin Wochen, ja Monate vergingen, besonders bei grösseren Höhlen, bis der Kranke geheilt war. Im Hinblicke darauf, dass Substanzverluste am Knochen sich schneller regeneriren, wenn sie von Weichgebilden gedeckt sind, ferner, dass es auch gelingen kann, granulirende Weichtheile durch zweckmässige Anlegung der Naht zur schnellen Verwachsung zu bringen, versuchte nun Gruber, in Fällen von Trepanation des Warzenfortsatzes die Spätnaht in Anwendung zu bringen; die Erfolge waren hierbei so befriedigend, dass der Autor dieses Vorgehen als zweckmässig erachtet 1) in jenen Fällen, wo die Ergebnisse der Operation dieser die Bedeutung eines Explorativeingriffes verschaffen, wo man sich aber wegen anderweitiger Vorkommnisse nicht entschliessen konnte, gleich nach der Operation die Vereinigung vorzunehmen, während diese Bedenken später gegenstandslos wurden. 2) dort, wo die localen und allgemeinen Erscheinungen darauf deuten, dass das Offenhalten der Wunde nicht weiter erforderlich ist und zwar auch dann, wenn die Operationshöhle noch sehr tief ist, selbst wenn dieselbe von noch nicht granulirender, aber sonst ganz gesunder Knochensubstanz begrenzt wird.

In der Tiefe der Wundhöhle allein sieht Gruber keine Contraindicationen für die Spätnaht, besonders nicht in jenen Fällen, wo keine Communication mit der Trommelhöhle geschaffen wurde; wohl aber muss von diesem Eingriffe abgesehen werden, wenn die Wundhöhle im Warzentheile mit einem eiternden Entzündungsherde communicirt, insolange der letztere nicht der Heilung zugeführt ist.

Was den richtigen Zeitpunkt zur Anlegung der Spätnaht betrifft — wobei Gruber nur die Fälle im Auge hat, wo die Warzenhöhle nach der Eröffnung eiterte und nur sehr langsam durch Granulationsbildung heilte — so findet ihn Gruber in Fällen, wo keine Communikation zwischen Wund- und Paukenhöhle bestand, oder bereits aufgehört hat, dann, wenn die Eiterung in der Wundhöhle am Warzentheile nicht profus und die Granulationen nicht sehr fungöser Natur sind.

Auch macht Gruber die Späthnaht trotz Communikation der Wund- und Trommelhöhle dann, wenn in dieser selbst durch längere Zeit die Eiterung total aufgehört hat und das Befinden des Kranken keine Contraindication gegen das Verfahren bietet. Gruber legt möglichst viele

Digitized by Google

Hafte an und führt sie durch alle, den Knochen deckende Weichtheile, um den innigen Contact der Wundränder in der ganzen Länge der Wunde zu erzielen. Nur in zweifelhaften Fällen lässt G. den unteren Wundwinkel offen behufs Einführung eines Jodoformdochtes, der immer seichter eingeführt, resp. dünner genommen, und schliesslich ganz weggelassen werden kann. Gomperz.

Ueber sensible und vasomotorische Störungen bei der rheumatischen Facialislähmung. (Aus der medic. Klinik des H. Prof. Nothnagel in Wien. Von Dr. med. Lothar v. Frankl-Hochwart. Neurologisches Centralblatt. 1891. No. 10.)

Unter 20 Fällen von Facialislähmung, deren Ursache sicher weder Erkrankung des Ohres, noch Compression oder Trauma war, fand V. 5mal die sensiblen, 2mal die vasomotorischen, 3mal beide Arten von Nerven betheiligt, einige Male waren auch Geschmacksstörungen vorhanden.

Die stets geringgradige sensible Störung äusserte sich in verminderter Empfindlichkeit für Berührung mit Fäden, für Stiche und Temperaturunterschiede, u. zw. stets auf einer ganzen Gesichtshälfte, mitunter auch auf der Backen- und Zungenschleimhaut.

Die vasomotorischen Störungen manifestirten sich in Gedunsenheit der Gesichtshälfte, besonders am Augenlide, Verfärbung und porcellanartigen Glanz, Erweiterung der Gefässe und fühlbare Temperaturerhöhung. — Die Entstehung dieser Erscheinungen wurde von einigen Kranken als gleichzeitig mit der motorischen Lähmung angegeben, ihre Dauer war immer, in einigen Fällen sogar bedeutend, kürzer als die Muskellähmung. Nur in einem Falle von mehrjähriger totaler Facialislähmung blieb die Sensibilität dauernd herabgesetzt.

Der Gedanke, dass dieselbe Noxe neben dem Facialis auch den Trigeminus trifft, erscheint V. weniger plausibel als die Annahme sensibler und vasomotirischer Fasern im Facialis was für viele Thiere längst festgestellt ist. Dr. Hitschmann.

Ueber den Verlauf von eitrigen Mittelohrenentzündungen bei Tuberculösen unter der Behandlung mit Tuberculin. Von Dr. Schwabach in Berlin. (Deutsche medic. Wochenschrift, 1891. No. 20.)

Zur Beobachtung gelangten 5 Patienten mit beginnender, 6 Patienten mit vorgeschrittener Lungentuberculose im Alter von 24—49 Jahren und ein 6jähriges Kind mit multipler Knochentuberculose. Von diesen 12 Fällen litten bereits 8 bei Beginn der Behandlung an Mittelohreiterungen, 2 an hochgradiger Schwerhörigkeit bei trockener Trommelfellperforation, einige an Caries des Schläfenbeines, in 2 Fällen trat erst im Laufe der Behandlung die Ohrenaffention ein. Tuberkelbacillen waren 3mal in dem eitrigen Secret des Ohres nachgewiesen worden. Die Injectionen mit Tuberculin wurden in der üblichen Weise mit 1 mg beginnend, (bei dem Kind immer nur zu $^1/_2$ mg) gemacht, ihre geringste Zahl war 4 (mit im ganzen 2 mg) ihre höchste 28 (mit im ganzen 91 cg). Die locale Therapie wurde inzwischen auf reinigende Ausspritzungen beschränkt.

Die Allgemeinreaction blieb nur bei einem Falle mit rechtsseitiger Spitzenaffection und Tuberkelbacillen im Sputum aus. Die locale Reaction trat in diesem Falle nach der 1. und 5. Injection ein.

Digitized by Google

Die locale Reaction trat in allen Fällen auf, in der Form mässiger Schmerzen, geringer Secretionszunahme und leichten Ohrensausens, nur bei dem Kinde war nach jeder Injection von 0·5 mg die allgemeine und locale Reaction eine vehemente: Fieber von 41°, intensive Schwellung, Röthung und Empfindlichkeit der Regio mastoidea, gesteigerte Secretion und einmal 2tägige Somnolenz.

Der Verlauf der Behandlung war folgender:

6 Fälle blieben ganz unbeeinflusst, 1 Fall wurde geheilt: das vorher bacillenhaltige Secret blieb ganz aus, die Trommelfellperforation heilte, die Hörfähigkeit besserte sich bedeutend. — Drei Fälle verschlechterten sich: die Secretion nahm zu, es trat später Facialislähmung auf, einmal vergrösserte sich die Perforation bis auf einen schmalen restirenden Rand des Trommelfelles, ein andermal kam es zu Stauungspapille und heftigen Schmerzen in der Regio mastoidea und im Verlaufe der Vena jugularis. In allen diesen 3 Fällen war das Allgemeinbefinden schon sehr schlecht, das Felsenbein in grösserer Ausdehnung cariös.

Ausserdem wurden an 4 nicht tuberculösen Ohrenkranken Controllinjectionen vorgenommen. Bei diesen trat zweimal allgemeine, niemals locale Reaction ein.

Ob der günstige oder ungünstige Ausgang auf die Tuberculinbehandlung zurückzuführen sei, lässt V. unentschieden.

Dr. Hitschmann.

Zur operativen Behandlung der Fremdkörper in der Paukenhöhle. Wichtigkeit der ophthalmoscopischen Untersuchung. Von E. Zaufal, Prof. an der deutschen Universität in Prag. (Prager med. Wochenschrift. 1891. No. 15).

Für die operative Entfernung von Fremdkörpern aus der Paukenhöhle lassen sich keine allgemeinen Regeln aufstellen, man muss individualisiren.

Wenn der Patient unter beständiger ärztlicher Aufsicht verbleibt, tägliche Temperaturmessungen und öftere ophthalmoscopische Untersuchungen gemacht werden können, so darf zugewartet werden, bis günstigere Bedingungen zur Entfernung des Fremdkörpers durch den äusseren Gehörgang eintreten.

Temperatursteigerung und venöse Hyperämie des Augenhintergrundes mahnen zur Vorsicht. Auf die ophthalmoscopische Beobachtung legt Z. besonderes Gewicht. Das Auftreten von Stauungspapille oder Neuroretinitis, ohne andere erklärende Ursachen, mit gleichzeitiger Temperatursteigerung erfordert die sofortige Operation, ebenso wie andere lebensgefährliche Symptome, hochgradige Schwerhörigkeit oder Taubheit in Folge von Zerstörung der Stapesplatte, oder derartige Beschaffenheit des Fremdkörpers, dass derselbe unter den gegebenen Umständen nicht mehr den Isthmus meat. auditor. passiren kann.

Schon 2 Tage nach der Entfernung des Fremdkörpers war in einem mitgetheilten Falle der ophthalmoscopische Befund wieder ein normaler.

Die operativen Methoden Zaufal's sind:

1) Ablösung der Ohrmuschel, besonders indicirt bei Kindern, deren obere Wand des knöchernen Gehörgangs noch kürzer ist.

2) Ablösung der Ohrmuschel mit Exstirpation der membranösen Auskleidung der hinteren Gehörgangswand: Zuerst Bildung eines dreieckigen

Digitized by Google

Lappen durch einen das Periost durchtrennenden Schnitt von der Spitze zur Mitte der Wurzel des Processus mastoideus, in welchem der zweite, 1 cm ober dem Ansatze der Ohrmuschel in der aufwärts verlängerten Traguslinie beginnende Schnitt einmündet. Nach Loslösung des Lappens und der hinteren membranösen Auskleidung der Gehörgangswand mit dem Raspatorium und Blutstillung wird knapp am Rande des knöchernen Gehörganges mit dem Spitzbistouri die hintere eventuell auch die vordere halbe Peripherie der Cutis durchschnitten, der Lappen noch mehr zurückgelegt, die Cutis der oberen und unteren Wand des knöchernen Gehörganges durch je einen vom Trommelfellrand nach aussen geführten Schnitt durchtrennt und der so umschnittene hintere Cutislappen mit Pincette und Scheere herausgeschnitten. Der nun besser sichtbare Fremdkörper kann dann leicht herausgenommen werden. Eine stenotische Verengerung ist nicht zu befürchten, wenn die Cutis der vorderen Gehörgangswand intact bleibt.

3) Abmeisselung der hinteren Gehörgangswand eventuell mit Eröffnung des Antrum mastoideum*) und Entfernung der Pars epitympanica der oberen Wand des knöchernen Gehörganges.

Es wird ein Keil mit der Basis nach aussen, mit der Schneide nach der hinteren Peripherie des Trommelfelles gelegen, aus der hinteren Gehörgangswand gemeisselt. Ist der Fremdkörper schon im Antrum mastoideum so muss auch die Pars epitympanica der oberen knöchernen Gehörgangswand und der Ambos entfernt und das Antrum genügend breit eröffnet werden, um durch vorausgegangene Extractionsversuche gelockerte Gehörknöchel und abgesprengte Knochensplitter entfernen und die Höhle desinficiren zu können. — Eine beigefügte Krankengeschichte illustrirt den Vorgang bei der Operation und den Heilungsverlauf.

Dr. Hitschmann.

Congenitaler Verschluss der rechten Choane; Operation durch Galvanokaustik; Tod sechs Tage nach der Operation. Von Victor Lange, (Kopenhagen. (Deutsche medicinische Wochenschrift).

Es wurde bei einem 19jährigen gesunden Bauern, der an Verstopfung der rechten Nasenhälfte litt, Verschluss der rechten Choane durch eine in der Mitte gelblich gefärbte und eingezogene Wand konstatirt. Dieselbe war im oberen Theil knöchern, unten häutig. In Chloroform-Narkose wird der Verschluss mit dem Galvanokauter durchbrannt und mit einer gewöhnlichen Zange erweitert. Die Verstopfung war bald nach der Operation gehoben. Abends rechtsseitiger Kopfschmerz und allgemeines Unbehagen wie meistens nach Narkosen. Am 4. Tage Temperatur 40°, Kopfschmerzen; am 5. Tage Bewusstlosigkeit und Delirium; Albumen im Harn, keine Krämpfe; am 6. Tage Unruhe ohne Zeichen eines lokalisirten Hirnleidens, Exitus. Section nicht gestattet.

Lange nimmt Sinus thrombosis als sicher an infolge abnormer Gefässverbindung oder hervorgerufen durch Glühhitze. Da keine Blutung aufgetreten war, der Brenner ganz neu und durchgeglüht, ist eine Infection ausgeschlossen.

---

*) Bekanntlich von Gruber empfohlen und mit Erfolg ausgeführt.

Digitized by Google

Am Schluss der Arbeit stellt L. folgende 2 Fragen auf:

1) sind in der Praxis der verschiedenen Specialärzte d. h. Rhinologen ähnliche Fälle vorgekommen?

2) wie steht es eigentlich mit der Statistik bei operativen Eingriffen in der Nasenhöhle und den Nebenhöhlen. Cohnstädt (Erfurt).

b) Rhinologische:

Ed. Woakes: The pathology and diagnosis of neeceein ethmoiditis (March 1892. Brit. Med. Journ.)

In dem ersten Stadium der Ethmoiditis mit beginnender fibröser Entartung der Schleimhaut ist eine mehr oder minder gleichmässige Verdeckung der sichtbaren Oberfläche der mittleren Muschel sichtbar. Diese allmählich zunehmend, füllt den mittleren Nasenkanal nach und nach aus. Von vorn gesehen hat der Tumor das Aussehen eines Schleekerns. Das Septum giebt endlich nach und wird, wenn die Krankheit einseitig, nach der anderen Seite verschoben; ebenso werden die Nasenbeine und die Processus max. sup. auseinander getrieben, so daß die äußere Fläche der Nase an dieser Stelle deutlich verbreitert ist.

Das zweite Stadium kennzeichnet sich durch Wucherungen, welche entweder aus Granulationsgewebe oder Myxomen (Polypen) bestehen. Granulationen sind fester, röther und unregelmässiger als Myxome; letztere erscheinen gewöhnlich zuerst am freien Rande des Tumors als weißliche Schwellung mit breiter Basis frei beweglich; so bleiben sie lange unverändert, während die Granulationen in der Richtung des geringsten Widerstandes weiterwuchern. Gleichzeitig gehen dem Auge nicht sichtbare Veränderungen im Knochen einher. Zuvörderst Absorption infolge fibröser Entartung der Gefäße desselben. Diese schwinden und die Folge ist Atrophie des Knochens, gekennzeichnet durch Erosionen und Spalte an der Oberfläche. Gleichzeitig verwandeln sich die Drüsen in Cysten, die oft eine enorme Größe annehmen. Zuletzt öffen sich dieselben, nachdem an dem dünnsten Theil die Knochenwand geschwunden, so daß ein longitudinaler Spalt sich zeigt, oft durch eine mucopurulente Linie gekennzeichnet. Man kann alsdann mit der Sonde in ziemlich beträchtliche Tiefe eindringen.

Das letzte Stadium ist das der Nekrose der Muschel, die günstigste Stelle ist da, wo die Ethmoidalzellen den äusseren Wall der Nasenhöhle bilden. Die Gegenwart der Nekrose macht sich bei der Sonderuntersuchung durch die gewöhnlichen Kennzeichen bemerkbar. Dies ist der gewöhnliche Verlauf der Krankheit; in anderen Fällen ist kein äusseres Anzeichen derselben vorhanden, so daß in diesen Fällen die Nekrose nur durch das Eindringen der Sonde in die Ethmoidalzellen erkannt wird. Es bildet diese Krankheit die Quelle besonderer Reizung, ebenso wie ein cariöser Zahn und es ist daher die Erkennung derselben von grosser Wichtigkeit.

W. Lublinski.

Lichtwitz: Ueber die Häufigkeit des doppelseitigen latenten Empyems der Highmorshöhle und über die Nothwendigkeit der methodischen Probeausspülung dieser Höhle in Fällen von Nasenblenorrhoe (Prag. med. Wochenschrift Nr. 15 und 16 1892.)

Da kein pathognostisches Symptom für den chronischen Abscess der Higmorshöhle besteht, da selbst die Durchleuchtung täuschen kann, so

Digitized by Google

empfiehlt Verf. die Probeausspülung, nachdem er die Nasenwand des Antrum im unterem Nasengange mittelst eines dünnen geraden Trocats durchstochen hat. Auf diese Weise hat Verf. 43 positive Punktionen bei 31 Kranken ausgeführt, von denen 12 mit beiderseitigen Empyem behaftet waren. Aus dieser Häufigkeit des beiderseitigem Empyems ist Verf. eher geneigt den Ursprung in der Nase als in den Zähnen zu suchen. Was die Behandlung betrifft, so zieht Verf. die Cooper'sche Methode vor. (Auch Ref. ist die Häufigkeit des doppelseitigen Empyems aufgefallen; unter 34 Fällen waren nicht weniger als 13 doppelseitig.)

W. Lublinski.

Lue: Ein Fall von Empyem der Highmorshöhle durch Erysipelas-streptococcus verursacht. (Deutsche med. Wochenschr. No. 8192.)

Bei einer 60jährigen Person kamen nach einem Erysipelas die ersten Zeichen einer Highmorshöhlenciterung zum Vorschein. Erst nach neun Monaten wird dieses Empyem erkannt und eröffnet und bei Untersuchung des Eiters wird die Anwesenheit des Erysipelas-Streptococcus in demselben festgestellt. Unterdessen, in Folge des chirurgischen Eingriffes, wird die Patientin von einem zweiten Erysipelas ergriffen, das in der Gegend der kranken Nasenhöhle ausbricht.

W. Lublinski.

c) Pharyngo-laryngologische:

B. Baginsky. Laryngologische Mittheilungen. (Berl. klinische Wochenschrift No. 51,91.)

Bei einer schwer hysterischen Person fand sich ausser den Erscheinungen eines chronischen Kehlkopfskatarrh, dass die Stimmbänder und die Aryknorpel constant fast regelmässige zuckende Bewegungen etwa 50—54 in der Minute zeigen. Diese klinischen Zuckungen bestehen in kurzen Adductionsbewegungen, welche die Stimmbänder bis zur Cadaverstellung führen und zwar verfolgen sie am Ende der Expiration. Durch schnelles Athmen kann man diesen Nystagmus der Stimmbänder zum Verschwinden bringen. Ausserdem theilt Verf. einen Fall von Carcinom des Larynx mit, wo während des Lebens linksseitige Stimmbandunbeweglichkeit mit Heiserkeit und hochgradigen Stenosenerscheinungen vorhanden war.

W. Lublinski.

Michelom. Ueber die Beziehungen zwischen Pachydermie laryngis und Tuberculose (Berlin. klin. Wochenschrift No. 7 92).

Unter 18 Fällen von Chorditis posterior pachydermiae fanden sich zwei die bei Phthisikern aufgetreten waren. Ausserdem können beide Processe zu Veränderungen der Kehlkop'schleimhaut führen, die nach ihrer Lokalisation und nach ihrem ganzen klinischen Verlauf und auch macroscopisch-anatomischen Aspekt einander in hohem Grade ähnlich sind. Combination zwischen tuberculöser Infiltration und zwischen tuberculöser Ulceration mit pachydermischer Wulstbildung sind an den gleichen Stellen zu beobachten, die erfahrungsmässig den Prädilectionssitz einfacher diffuspachydermischer Wucherung abgeben.

W. Lublinski.

Digitized by Google

Scholefield. Case of Herpes of the larynx. (The Lancet January 30. 1892).

Bei einem 41jährigen Mann, der mit Fieber (39,5°) und heftiger Schluckbeschwerde ins Bartholomeus-Hospital aufgenommen wurde, fand sich auf der linken Aryfalte und dem entsprechenden Knorpel eine dreierbsengrosse stark geröthete glatte Anschwellung von polypösem Aussehen. Nach einigen Tagen stellte sich nach Abfall des Fiebers Herpeseruption auf der linken Nasenspitze und der Unterlippe ein, während im Kehlkopf an der erkrankten Stelle eine mit Eiter gefüllte Blase zu sehen war. Die letztere verschwand, und es zeigte sich an der betreffenden Stelle eine weisse Stelle mit macerirten Epithelien, die mit dem Herpes an der äusseren Haut nach und nach ausheilte. W. Lublinski.

As. H. Nicoll: Laryngeal chorea (the Lancet March 12. 1892).

Verf. theilt 3 Fälle von Chorea laryngis bei Kindern mit, welche theils gleichzeitig, theils vor der allgemeinen Chorea zum Ausbruch kamen und welche sich hauptsächlich durch einen anhaltenden Husten kundgaben, der in kurzen Zeiträumen sich wiederholt, nachts aber aussetzt. Es sind bei demselben hauptsächlich die Kehlkopfsmuskeln betheiligt und wie Sachs-Newyork meint, werden diese Fälle mit hysterischem Husten verwechselt, von dem sie indessen durch die allgemeine Ruhelosigkeit — die anfangs aber nicht immer vorhanden — das Alter der Kranken und die choreaartigen Bewegungen der Zunge zu unterscheiden sind. In dem einen Fall erwies sich Cocain gegen den Husten von Nutzen.

W. Lublinski.

Ueber Lues tarda laryngis im Kindesalter. Von Dr. Hermann Strauss in Berlin. (Archiv für Kinderheilkunde XIV. Bd.).

Die Syphilis des Larynx ist im Allgemeinen ein nicht sehr häufiges Leiden; bei Kindern scheint sie selten vorzukommen, wenn auch nicht in Abrede gestellt werden kann, dass möglicherweise manche Fälle der erwähnten Art bei den Schwierigkeiten laryngoscopischer Untersuchungen im Kindesalter als solche nicht erkannt werden. Am relativ häufigsten ist sie wohl eine Folge hereditärer Syphilis und wie Eppinger sagt, werden Veränderungen, wenn auch nur geringfügiger Art, am Larynx Neugeborener, die an hereditärer Syphilis gestorben sind, oft genug gesehen. — Von den Fällen congenitaler Lues des Kehlkopfs absehend, die sich in den ersten Lebensmonaten abspielen, theilt St. die Fälle von Luës hereditaria tarda in solche ein, bei welchen in den ersten Lebensmonaten Erscheinungen von Syphilis vorhanden waren und in solche, bei welchen derartige Erscheinungen fehlten.

Er unterwirft dementsprechend die einschlägige Literatur, die sich auf nicht viel mehr als 15 Fälle erstrecken dürfte, einer sorgfältigen Prüfung, wobei sich herausstellt, dass von diesen 15 Fällen nur die von Schötz, Hüttenbrenner, Gerhardt, Eröss, E. Fränkel, Sturge Allen als sicher syphilitisch angenommen werden dürfen, dass aber nur in dem von Letzteren beschriebenen alle Postulate erfüllt sind, welche zur Annahme einer Luës hereditar. tard. berechtigen, denn hier treten in frühester Jugend Erscheinungen auf, denen dann später die Larynxaffection folgte. In den anderen Fällen lässt sich mit Sicherheit der Beweis dafür nicht erbringen, ob es sich um eine wirkliche hereditäre Luës tarda oder um eine in frühester Jugend erworbene Luës tarda handelte. — Autor fügt den genannten noch

Digitized by Google

3 Fälle von Luës laryngis bei Luës tarda aus der B. Baginsky'schen Poliklinik hinzu.

Was das Gemeinsame in den Erscheinungen bei den Fällen, über welche genaue Mittheilungen vorliegen, anlangt, so findet sich als characteristisch für diese Larynx-Affectionen bei Kindern, 1. der Sitz des Processes vorwiegend an der Epiglottis; 2. die Vorliebe, welche den Process für das Auftreten in der warzigen papillären Form zeigt, wenn er nicht in der Form einer einfachen Schwellung sich darbietet. Den Verlauf der Krankheit anlangend, so dürfte diese bei derselben in Bezug auf Raschheit und Bösartigkeit ein schwerer, die Prognose eine schlechtere sein als beim Erwachsenen und zwar im umgekehrten Verhältniss zum Alter. Die Therapie bietet hier wie dort gleich günstige Chancen, doch bleibt in vielen Fällen die Wohlthat der Heilung deshalb versagt, weil sie nicht als das erkannt werden, was sie in Wirklichkeit sind. Beschorner.

Larynxstenosen nervösen Ursprungs. (Sur les laryngstenoses d'origine nerveuse) von Dr. d'Aguanus. (Bolletino delle malattie dell' orecchio, août-septembre 1871 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1891 Nr. 12.)

Der langwierige Streit, ob eine Medianstellung der Stimmbänder mit ihren schlimmen Folgen eine Lähmung der glottis erweitere oder im Krampf die glottis verengere, dauert noch immer fort und wird wahrscheinlich kein Ende nehmen, weil beide Fälle separat und sogar bei einem und demselben Individuum eintreten können. Verf. bringt das Beispiel eines ataxischen Mannes, dessen Stimmbänder seit 20 Jahren beinahe die Medianstellung einnehmen; die subjectiven Symptome sind die allbekannten; bei demselben Patienten kommen nun von Zeit zu Zeit zu diesem permanenten chronischen Zustand der Stimmbänder, welchen man doch nur als Lähmung der Crico arytenoides postici ansehen kann, spontane nur wenige Minuten andauernde mit Cyanose und Erstickung einhergehende Larynx-Krisen, welche nur auf einen Spasmus der Adductoren zurückgeführt werden können. Dr. P. K.

Catameniale Larynxblutungen. (Hemorrhagies laryngées catameniales von Dr. Compaired (Bolletino delle malattie dell' orecchio Avril 1891 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 Nr. 12.)

Verf. bringt zwei neue Fälle: eine 25jährige und eine 21jährige Frau, beide lymphatisch u. hysterisch; Symptome die gewöhnlichen. V. verwirft den Namen „laryngitis haemorrhagica", weil es sich um keine abgegrenzte Localerkrankung, sondern blos um vicariirende bei allgemein erkrankten Individuen Blutung handelt; diese vicariirenden Blutungen können ebenso gut an anderen Organen auftreten; man soll diese Blutungen ganz einfach „Larynxregeln" nennen. Dr. P. K.

Ein Fall von Ictus laryngeus. (Sur un cas d'Ictus laryngé v. Dr. Roquer Casadesus. (Revista di laryngologia Août 1891 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1891 Nr 12.)

Die Fälle von ictus laryngis ohne Cerebrospinalleiden sind sehr selten. Verf. erzählt einen solchen Fall, einen 31jährigen Mann betreffend und sucht theoretisch das Eintreten der Anfälle zuerklären. Dr. P. K.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle Druckschriften, **Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen gesetzt honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Digitized by Google

INHALT.

I. Originalien: Stetter: Beitrag zur operativen Behandlung der Schwerhörigkeit in Folge von Schallleitungshindernissen. — Cholewa: Ueber die Sondirbarkeit der Stirnhöhlen. — Szenes: Bericht über die Verhandlungen der ersten Versammlung der deutschen otologischen Gesellschaft zu Frankfurt a. M. (Schluss.) — II. Referate und Recensionen: Gruber: Die Spätnaht nach der künstlichen Eröffnung des Warzenfortsatzes. — Frankl-Hochwart: Ueber sensible und vasomotorische Störungen bei der rheumatischen Facialislähmung. — Schwabach: Ueber den Verlauf von eitrigen Mittelohrenentzündungen bei Tuberculösen unter der Behandlung mit Tuberculin. — Zaufal: Zur operativen Behandlung der Fremdkörper in der Paukenhöhle. — Lange: Congenitaler Verschluss der rechten Choane — Woakes: The pathologie and diagnosis of neceecin ethmoiditis. — Lichtwitz: Ueber die Häufigkeit des doppelseitigen latenten Empyems der Highmorshöhle. — Luc: Empyem der Highmorshöhle durch Erysipelas-Streptococcus verursacht. — Baginsky: Laryngologische Mittheilungen. — Michelom: Ueber die Beziehungen zwischen Pachydermie laryngis und Tuberculose. — Scholefield: Case of Herpes of the larynx. — Nicoll: Laryngeal chorea. — Strauss: Ueber lues tarda laryngis im Kindesalter. — d'Aguanus: Larynxstenosen nervösen Ursprungs. — Compaired: Catameniale Larynxblutungen. — Roquer-Casadesus: Ein Fall von Ictus laryngeus.

INSERATE.

Verlag von Ferdinand Enke in Stuttgart.

Soeben erschienen:

Atlas
der
Kehlkopf-Krankheiten
enthaltend
345 Figuren auf 37 Tafeln in Farbendruck und 25 Zeichnungen.
Nach der Natur gemalt, gezeichnet und erläutert von
Dr. Robert Krieg.
Hochquart Gebunden. Preis 42 Mark. **Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.**

In meinem Verlage ist soeben erschienen und in allen Buchhandlungen zu haben:

Handbuch
der
Ohrenheilkunde.
Für Aerzte u. Studirende.
Von **Dr. Wilh. Kirchner,**
Professor der Ohrenheilkunde u. Vorstand der otiatrischen Universitäts-Poliklinik in Würzburg

Vierte verbesserte Auflage. — Mit 42 Abbildungen in Holzschnitt.
Preis: geh. **M. 4.80,** geb. **M. 6.—.**

Wenngleich diese vierte Auflage von der dritten nur ein Zeitraum von zwei Jahren trennt, hat der Herr Verfasser doch manches Neue zu bieten; so hat er den wichtigen Abschnitt über die Erkrankungen des Warzenfortsatzes vollständig umgearbeitet und beträchtlich erweitert, der Untersuchung sowie den Erkrankungen des Nasenrachenraumes eine eingehendere Beachtung angedeihen lassen und dgl. mehr.

Berlin, Juli 1892. **Friedrich Wreden.**

Digitized by Google

Medicinischer Verlag von Boas & Hesse, Berlin N.W. 6.

Soeben erschien in unserem Verlage:

Tafel des menschlichen Gehörorganes

in Farbendruck
und mit erklärendem Text
von

Dr. med. G. Sandmann

Specialarzt für Ohren-, Nasen- und Kehlkopf-Krankheiten in Berlin.

Preis 12 Mark.

Die Tafel zeigt das menschliche Gehörorgan in 14-facher Vergrösserung. Der Text bildet einen Abriss der Anatomie des menschlichen Gehörorganes.

Medicinisches Taschenwörterbuch

der
Deutschen, Englischen und Französischen Sprache,
nebst einer Auswahl der gebräuchlichsten lateinischen Ausdrücke und einer vergleichenden Tabelle der Medicinalgewichte und Temperaturskalen
von

Dr. med. Eugen Lehfeldt

Preis 6 Mark.

Das Wörterbuch fand in der gesamten medicinischen Presse die günstigste Besprechung.

Kurze Anleitung zur Verwendung der Wickersheimer'schen Flüssigkeit für anatomische Präparate
nebst einem Anhang über Metallkorrosionen
von

J. Wickersheimer

Präparator am I. Anatom. Institut der königlichen Universität in Berlin.

Mit 3 Lichtdruckbildern.

Preis 1 Mark 50 Pf.

Zu beziehen durch jede Buchhandlung des In- und Auslandes, sowie von der Verlagsbuchhandlung

Berlin N.W. 6.
Luisenstr. 42, Eingang Karlstr.

Boas & Hesse
Specialgeschäft für Medicin.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz)
Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthinerstr. 32
Druck von Emil Billig, Berlin SW., Lindenstrasse 53.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof. Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Univers. **Wien**

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor der Anatomie a. d. Universität **München**

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität **Wien**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXVI. **Berlin, September 1892.** **No. 9.**

I. Originalien.

Ueber die Sondirbarkeit der Stirnhöhlen.

Von

Dr. **Cholewa,** Ohrenarzt in Berlin.

(Hierzu eine Tafel mit drei Abbildungen.)

(Schluss.)

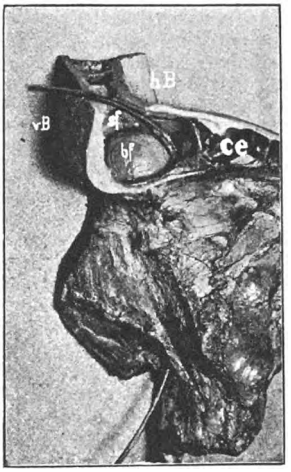
Wir sehen also, daß von „unbekannten Rissen und Spalten“ in solchen normalen Fällen bei der Sondirung des antrum frontale gar keine Rede ist und, eine genaue Kenntnis der topographischen Verhältnisse vorausgesetzt, dieselbe als verhältnismässig leicht bezeichnet werden muß. Dieselbe ist nach Hansberg (pag. 47) als gelungen zu betrachten, wenn der eingeführte Teil der Sonde circa 60 mm beträgt (nach meinen Messungen beträgt die Distance vom introïtus narium bis zum Eintritt der Sonde in die Stirnhöhle durchschnittlich 70 mm). Die Sondirung ist allerdings gelungen, aber es ist die Frage, ob sich die Sonde nun in der Stirnhöhle befindet oder in jener Zelle, die nach Steiner die Stirnhöhle darstellen soll, meiner Ansicht nach aber immer nur einen Teil derselben bilden hilft. Hansberg hat, wie mir scheint, diese „eingeschachtelten“ Zellen in zweien seiner Präparate vor sich, wo „die Einmündungsstelle in die Stirn-

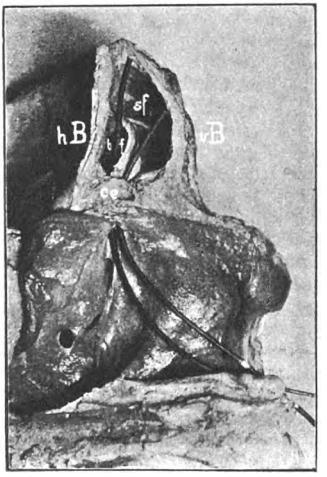
Digitized by Google

höhle durch eine vor ihr liegende große Siebbeinzelle von der vorderen Wand der Höhle wenigstens 10 mm entfernt war.“ Hätte Hansberg versucht diese Zelle vom Infundibulum aus zu sondiren, so hätte er wahrscheinlich gefunden, daß diese Zellen der normalen Lage der Stirnhöhlen entsprachen und daß „seine Einmündungsstelle“ als ein Nebenauslaß einer zweiten Höhle des Stirnbeins zu betrachten ist. Durch die Untersuchungen Steiners wissen wir, daß diese blasenartig in die Stirnhöhle vorspringenden Zellen des os ethmoïdeum innigst mit der Entwickelung der Stirnhöhlen in Zusammenhang stehen. Können wir auch Steiner nicht so weit folgen, daß wir den ganzen Raum einer Stirnhöhle uns aus jener Zelle entstanden denken, so müssen wir doch bemerken, daß jene Zelle, die ich zum Unterschied von der bulla ossea Zuckerkandl, bulla frontalis ossis ethmoïdei nennen möchte, bei der Sondirung der Stirnhöhle von ganz besonderer Wichtigkeit werden kann. Zuckerkandl sagt darüber pag. 38: „Zuweilen schließt der Spalt (hiatus seminularis) mit einem ostium ab, welches in eine der vordersten, zumeist in dem sinus frontalis steckenden Zelle des Siebbeins einmündet.“ Wir sehen in Präparat I die Abbildung einer solchen im „sinus frontalis steckenden Zelle“ vor uns. Der Durchschnitt hat den innern linken Augenwinkel getroffen und zeigt die Stirnhöhle sowie die folgenden Siebbeinzellen von außen eröffnet. Die Stirnhöhle ist in diesem Falle extrem groß, die Blätter des os frontale sehr dünn, der „Auslaß“ der Stirnhöhle durch eine Sonde gekennzeichnet, liegt hinter der bulla frontalis und mündet nach außen und oben vom Infundibulum in die Nasenhöhle. Was man leider auf der sonst wohlgelungenen Abbildung nicht sieht, ist die zweite Sonde, welche durch das Infundibulum und Foramenfrontale eingeführt, in jener bulla zum Vorschein kommt und dort spielend hin und her bewegt werden kann. Ihre Länge mißt von der Mitte der bulla an gerechnet bis zum introitus narium 75 mm und würde uns am Lebenden eine vollkommen gelungene Sondirung der Stirnhöhle vorgetäuscht haben. Zuckerkandl hätte sich also klarer ausgedrückt, wenn er nicht gesagt hätte in „eine der vordersten“ sondern vielmehr in „die vorderste.“ Denn es ist immer dieselbe Zelle, welche mit dem Infundibulum correspondirt, sei es, daß sie ihm wie eine kleine Kappe aufsitzt oder rudimentair entwickelt es verschließt, sei es, daß sie mächtig aufgebläht die Stirnhöhle darzustellen bestimmt ist. Nach den Untersuchungen Steiners müßten wir diese Zellen in allen Stirnhöhlen nachweisen können und jene zweite größere Höhle in unserer Abbildung würde daher nichts weiter sein, als ein Raum, der durch das weite Klaffen der beiden Stirnbeinblätter entstanden zu denken ist. Das es sich in der That so verhält, lehrt uns die Sondirung und es muß daher zu Verwirrungen Anlaß geben, wenn Zuckerkandl pag. 167 sagt: Zuweilen führen „zwei ostia frontalia“ in einen und denselben sinus frontalis hinein. Er führt das eine aus dem Infundibulum (?) in den „pneumatischen Raum der Stirnbeinschuppe, ein zweites in den des Orbitaldaches“, oder wenn er weiter behauptet: „Wenn der sinus frontalis durch breite septa in drei Räumlichkeiten zerfällt . . . . , so findet man gewöhnlich drei Communicationsöffnungen.“

Hätte Zuckerkandl die Sonde in dem Maße oder in der Art gebraucht, wie es der Rhinochirurg zu thun gewohnt ist, so würde er wohl nie drei Communicationsöffnungen der Stirnhöhle mit dem Naseninnern

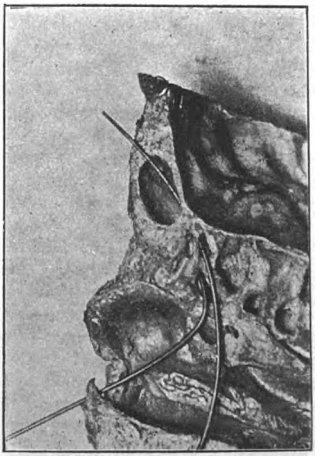
Digitized by Google





v. B. – vorderes Blatt } des Stirnbeins.
h. B. – hinteres Blatt }
s. f. – sinus frontalis.
b. f. – bulla frontalis.
c. c. cellulae ethmoïdales.

Bedeutung der Buchstaben wie in Präpararat I.



Digitized by Google

Digitized by Google

gefunden haben, sondern höchstens zwei. Die eine, im Infundibulum, weit, allein in jene vorderste Zelle führend, die andere eng, kaum für die dünnsten Sonden passirbar, als „accessorischer Auslaß der Höhle“ der Stirnbeinschuppe. Von noch größerer Beweiskraft für meine obige Bemerkung erscheint mir jenes zweite Präparat, welches, der rechten Schädelhälfte eines Mannes entnommen, die Stirnhöhle von Innen geöffnet zeigt. Hier nimmt die bulla frontalis den hinteren Raum der Stirnhöhle ein, ihre hintere Wand ist mit dem hinteren Blatt des Stirnbeins innigst vereint, so daß die Grenzen beider kaum zu unterscheiden sind. Ihre vordere Wand ist von dem gegenüberliegenden vorderen Blatt des Stirnbeins durch einen 1—1,5 cm breiten Raum getrennt, der als accessorischer Raum der Stirnbeinschuppe aufgefaßt werden muß. Denn die mit größter Leichtigkeit durch das Infundibulum geführte Sonde kommt (zwischen b—f) in der bulla frontalis, hier also der eigentlichen Stirnhöhle, zum Vorschein, während die zweite Sonde sich mit größter Mühe durch einen Gang winden muß, der vom Ansatz der mittleren Muschel beginnt und vor der bulla frontalis eindringt. Zuckerkandl beschreibt diesen Gang als einen 10 mm langen Spalt, „der neben einem normal situirten ostium frontale in die rechte oder linke Stirnbeinhöhle führt“ (pag. 167). Ich muß offen gestehen, daß mir letztere Erscheinung in meinen Präparaten nie zu Gesicht gekommen ist, und ich sie mir nur so entstanden denken kann, daß unter den von Zuckerkandl benutzten Präparaten viel macerirte gewesen sind, bei welchen ein Irrtum in mancher Hinsicht möglich ist. Wenn derselbe Autor auch pag. 40 (in den Zeilen „Wenn — sich bestehend“) z. B. behauptet, daß zwischen der vorderen Insertion der mittleren Muschel und dem proc. uncinatus noch ein Weg (es würden also immer zwei Wege zur Stirnhöhle offen stehen. D. Verf.) zum ostium frontale (?) führt, so ist dies effectiv kaum verständlich. Wir müssen daran festhalten, und meiner Ansicht nach sind obige Präparate zwei vorzügliche Beispiele hierfür, daß nur in den Fällen, wo der eigentliche Zugang zur Stirnhöhle durch das Infundibulum als solcher seinem Zweck nicht genügt, indem er entweder nur die Communication einer bulla frontalis mit der Nase vermittelt oder ganz verschlossen ist, daß nur in diesen Fällen sage ich, accessorische Ausgänge oder vielmehr ein accessorischer Ausgang des Stirnbeinschuppen-Raumes sich findet. Einen solchen Gang, nach oben und außen vom Infundibulum gelegen, haben wir im ersten Präparat kennen gelernt, einen anderen nach innen und oben von ihm gelegen im zweiten Präparat. Sie zeichnen sich vor der normalen Stirnnasen-Communication durch das Infundibulum sowohl durch ihre Länge wie Enge aus und sind in sofern als Knochenkanäle zu bezeichnen, als sie durch Ethmoïdalzellen oder ihre knöchernen Berührungsflächen hindurchführen. Wenn Hansberg auch die normale Stirnnasen-Communication des Infundibulum als „gangartig“ bezeichnet, und die Länge dieses Ganges, der nach ihm am Infundibulum beginnen und am Eingang in die Stirnhöhle endigen soll (briefliche Mitteilung), auf 10 mm angiebt, so ist das ein Irrtum und beruht höchst wahrscheinlich auf einer Verwechslung mit dem Gang in unserm zweiten Präparat. Ich selbst muß gestehen, daß ich in einen ähnlichen Irrtum seiner Zeit verfallen bin, verleitet durch einen accessorischen Gang, der nach außen und oben vom Infundibulum liegt. Es giebt fast kein Präparat, wo dieser Gang oder

Digitized by Google

Spalt nicht nachzuweisen wäre, er endigt aber, bei normaler Ausmündung der Stirnhöhle im Infundibulum, blind unter dem Boden der Stirnhöhle; tritt er in Function, so bildet er einen Knochenkanal, dessen Länge verschieden sein wird, „je nachdem er in eine höher oder entfernter gelegene Abteilung der Stirnhöhle führt“ (siehe meine Arbeit über „Pyoktanin bei Stirnhöhleneiterung“).

Außer diesen beiden Arten von accessorischen Auslässen des Stirnbeinschuppenraumes finden wir noch eine dritte, welche nur dann aufzutreten scheint, wenn der Infundibulum total verschlossen ist. Es communicirt dann die Stirnhöhle direct durch eine breite Oeffnung in ihrer hinteren Wand mit der nächst hinter ihr gelegenen Ethmoïdalzelle und von dort aus mit dem Anfangsteil jenes Ganges, der nach außen und oben vom Infundibulum gelegen ist. Letztere Communicationsart scheint mir sehr selten zu sein, denn ich habe sie in über 100 Präparaten kaum zweimal finden können.

Es liegt auf der Hand, daß eine Sondirung der Stirnhöhlen beim Bestehen einer dieser eben erwähnten drei anatomischen Abnormitäten, zu den Unmöglichkeiten gehört. Nicht allein, daß wir kein Mittel haben, diese Abnormitäten am Lebenden zu diagnosticiren (auch die Durchleuchtung dürfte sich hier als sehr unzuverlässig erweisen), sondern vielmehr die schon oben erwähnte Enge jener beiden „accessorischen“ Gänge ist es, die unsrer Sondirung absoluten Widerstand entgegensetzen und dieselbe vereiteln würde. Wie oft solche Abnormitäten sich finden dürften, kann man kaum annähernd taxiren, da die Nase in ihren anatomischen Spielarten die grössten Unberechenbarkeiten zeigt, doch dürften sie kaum mehr wie 20 Procent aller Fälle ausmachen. Rechnen wir hierzu 20 Procent, wo die Sondirung durch starke Verkrümmung der septum oder abnorme, starke Entwicklung des vorderen Endes der mittleren Muschel erschwert wird, so haben wir immer noch 60 Procent, wo eine Sondirung der Stirnhöhle nicht allein möglich, sondern sogar leicht auszuführen ist, sobald eben nur die führende Hand jede Forcirung der Sonde zu vermeiden versteht.

Am Ende meiner Arbeit erlaube ich mir, Herrn Collegen Dr. Musehold, für die außerordentliche Hülfe, welche er mir durch die künstlerisch vollendete und sachgemäße photographische Aufnahme meiner Präparate geleistet hat, meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Beitrag zur Lehre von den Erkrankungen der Highmorshöhle.

Von

E. Schwartz,

Ohrenarzt der Augen- und Ohrenheilanstalt für Oberschlesien in Gleiwitz.

Durch seine bahnbrechenden Veröffentlichungen hat Ziem die Lehre von den Erkrankungen der Oberkieferhöhle begründet und in kurzer Zeit derartig entwickelt, daß nur noch wenig übrig bleibt, um dieselbe als

Digitized by Google

völlig ausgebildet zu betrachten. Für ihren sicheren und rasch geförderten Ausbau bilden die klassischen anatomischen Forschungen Zuckerkandl's das Fundament. Die Darstellung des Symptomencomplexes des Empyema antri Highmori, wie sie in den Lehrbüchern der Chirurgie bisher allgemein gegeben wurde, ist nun als eine am grünen Tisch construirte, der Wirklichkeit nicht entsprechende, völlig über Bord geworfen. Mit einem Male zeigte Ziem durch Veröffentlichung von 25 zum teil in gedrängter Kürze, aber in überzeugender Klarheit dargestellten Fällen von Naseneiterungen, deren Ursache die Erkrankung der Oberkieferhöhle war, die Häufigkeit dieses bisher und auch jetzt noch im allgemeinen wenig beachteten Leidens.[1]) Gleichzeitig stellte er die wesentlichsten Symptome desselben zusammen, und durch weitere casuistische Beiträge ist schließlich die Symptomenreihe so groß und mannigfaltig geworden, daß nur wenige Fälle ein typisches Bild aller wesentlichen Symptome der Kieferhöhlenerkrankung darbieten. Wie selten direkt eiteriger Ausfluß aus der Nase, früher das wichtigste Erfordernis, zu beobachten ist, hat Ziem bald nachgewiesen, doch forderte er noch,[2]) daß die Anwesenheit einer Eiterung „in der Nase selbst" festgestellt wird, ehe man sich zur Punktion der Oberkieferhöhle entschließt. Killian[3]) geht schon weiter: Nachdem er ausgeführt hat, daß der Eiter aus den vorderen Siebbeinzellen stammen könnte, wenn man durch Sondirung nach Jurasz[4]) die Stirnhöhle ausschließen kann, empfiehlt er als einfacher und sicherer, in etwa zweifelhaften Fällen zur Probepunktion zu schreiten, ein Verfahren, das Ziem[5]) schon vorher vorgeschlagen hatte. Schmidt[6]) construirte eigens zu diesem Zweck eine Spritze à la Pravaz. Es scheint nicht, daß dieser Vorschlag der Probepunktion allgemeine Anwendung gefunden hat. Daß mit dem Nachweise des Eiters in der Nase die Diagnose einer Nebenhöhlenerkrankung, unter Voraussetzung der anderen characteristischen Symptome, gesichert ist, ist zweifellos. Mit der Darstellung des nachfolgenden ersten Falles möchte ich darauf hinweisen, daß es schon genügen dürfte, festzustellen, daß früher abnorm reichliche, schleimige Absonderung aus der Nase stattgefunden hat, natürlich unter der eben erwähnten Voraussetzung.

1. Fall. Frau Gerichtssecretär Sch., 24 Jahr alt, aus Gl., hatte ich am 21. Mai 1887 einmal untersucht. Es bestand damals eine starke Schwellung in dem mittleren Theil der unteren und mittleren Muschel, so daß die Atmung durch diese (linke) Nasenhöhle sehr erschwert war, was auch ihre einzige Klage bildete. Es wurden ihr Einblasungen eines Höllensteinpulvers verordnet. Erst am 31. Januar 1888 erschien sie wieder in meiner Sprechstunde und berichtete, daß diese die ganze Zeit über (was allerdings von mir nicht beabsichtigt war) von ihr fortgesetzte Behandlung ihr absolut nichts genützt habe. Inzwischen war ich durch mehrere mit gutem Erfolge behandelte eiterige Catarrhe des antrum Highmori auf diese Höhle mehr aufmerksam geworden und vermutete bei dem negativen Er-

[1]) cf. diese Monatsschrift 1886. No. 2 u. 3.
[2]) ibidem S. 80.
[3]) Diese Monatsschrift 1887. No. 11 S. 324.
[4]) Berl. Klin. Wochenschr. 1887. No. 3.
[5]) Therap. Monatshefte 1888. April-Mai.
[6]) Berl. Klin. Wochenschr. 1888. Nr. 50.

Digitized by Google

folge der Argentumbehandlung auch bei dieser Patientin eine Betheiligung der Oberkieferhöhle. Die daraufhin erhobene Anamnese ergab Folgendes: Im Herbst 1883 bekam Pat. plötzlich heftige, dumpfe Schmerzen im Hinterkopf und Nacken und einen ziehenden Schmerz im linken Augapfel. Dazu gesellten sich täglich stärker werdende, schmerzhafte Empfindungen in der linken Schläfe, welche den ganzen Tag anhielten; nur gegen Abend ließen die Schmerzen nach, und in der Nacht fühlte sie sich wohl. Außerdem belästigte sie ein Schnupfen in der linken Nasenhöhle. — Dieser Zustand steigerte sich in der ersten Woche mit jedem Tage, dann wurde er erträglicher und hielt einen von der intelligenten Pat. genau beobachteten, periodischen Verlauf der Erscheinungen inne: der Schnupfen machte sich in der Vormittagsstunde gegen 10 Uhr bemerklich (gegen 7 Uhr stand Pat. gewöhnlich auf) und dauerte bis Mittags 1—2 Uhr. Gleichzeitig mit dem Schnupfen kamen und schwanden die Kopfschmerzen. Den ganzen Tag über floß dicker, eiteriger Schleim aus der linken Nasenhöhle, so daß 2—3 Taschentücher täglich verbraucht wurden; auf letzteren hinterließ das Secret gelbe Flecken. Mit der Zeit wurde der eiterige Ausfluß stärker.

Ihre Sehkraft wurde angegriffen, ihre Augen seien so schwach geworden, daß sie die Beschäftigung mit Stickereien und anderen das Auge anstrengenden weiblichen Handarbeiten habe aufgeben müssen. Da sie sich von einem unheilbaren Leiden befallen wähnte, hätte ihre Stimmung sehr gelitten, deshalb wäre sie häufig zum Weinen geneigt. Mitunter habe sie sich durch 6—8 Wochen wieder wohler gefühlt, aber das alte Leiden sei immer wiedergekehrt. Ausspülungen der Nase, Einblasungen verschiedener Pulver u. s. w. brachten höchstens nur schnell vorübergehende Erleichterung. Inzwischen hatte sich Pat. verheirathet und war nach Gleiwitz verzogen, wo sie Herrn Collegen Hoppe consultirte, welcher in der linken Nasenhöhle einen Polypen im mittleren Teil der unteren Muschel constatirte, wie er selbst mir freundlichst mitteilte. Auf sein Anrathen wandte sich die Pat. an Professor V. in B., welcher den Polypen entfernte. Die Kopfschmerzen verschwanden darauf für wenige Tage, aber der Schnupfen nahm an Heftigkeit zu. Da im Laufe der Zeit dieser Zustand sich immer mehr verschlimmerte, nahm sie wieder den Rath ihres Hausarztes in Anspruch, welcher sie diesmal an mich wies. Der negative Erfolg meiner ersten Ordination ist oben erwähnt. Ihre Beschwerden hätten nach dieser Zeit sich noch mehr gesteigert. Die Absonderung aus der Nase sei „stärker fließend", aber wässerig, wie vor ¾ Jahren. Im Halse habe sie beim Erwachen das Gefühl einer unsagbar lästigen Trockenheit, das sich erst in den Vormittagsstunden allmählig verliere. Der Hinterhauptskopfschmerz strahle bis in den Nacken aus, als ob sie dort eine Klammer umfaßte. Ihre Augen wären ganz matt geworden; jetzt müsse sie schon bei ihren täglichen Verrichtungen als Hausfrau öfter die Augen schließen, um sie ausruhen zu lassen, da sie jegliches Fixiren ermüde. Sie beklagt sich über auffallende Abmagerung.

Das Gesicht der Pat. hat einen leidenden Ausdruck, die Augenhöhlen sind tief eingesunken. Die äußere Nase zeigt normales Aussehen in Farbe und Form. Die Nasenschleimhaut ist in beiden Höhlen gerötet, links in der Gegend des sinus ethmoidalis so geschwellt, daß die Schleimhaut der unteren und mittleren Muschel dem septum prall anliegt; letzteres ist an derselben

Digitized by Google

Stelle verdickt, so daß die dünnste Sonde zwischen beiden Gebilden nicht durchdringen kann. Von eiterigem oder nur schleimigem Secret ist nicht die Spur zu entdecken, weder mit Hilfe der Sonde, noch per Rhinoscopiam posteriorem, welche ohne Gaumenhaken bequem ausgeführt werden konnte. Die Schleimhaut des Nasen-Rachenraumes und der ganzen hinteren Rachenwand ist lebhaft gerötet, trocken. Granula sind nicht vorhanden. Derselbe Befund wird nach wiederholter Anwendung der Luftdouche nach Politzer festgestellt.

Die Untersuchung der Mundhöhle ergiebt, daß die dentes molares I und II im linken Oberkiefer carioes sind, Krone nicht mehr vorhanden. Auf mein Befragen giebt Pat. an, daß sie nur von einem kranken Zahn im linken Oberkiefer Kenntnis habe, der schon mehrere Jahre vor ihrer Nasenerkrankung hohl gewesen sei, und nur als Kind habe sie in diesem Zahn an Schmerzen gelitten, später nie wieder.

Jedes Auge hatte bei einer Hyperopie $= \frac{1}{36}$ volle Sehschärfe, $S = \frac{XX}{XX}$ Fuß.

Objectiv ergab die Untersuchung nur 2 Symptome, welche eine Eiterung in der linken Highmorshöhle wahrscheinlich machten, die Schwellung der Nasenschleimhaut in der Gegend des sinus ethmoidalis und die cariösen dentes molares im linken Oberkiefer. Bestimmend zur Operation war für mich aus der mit der größten Vorsicht erhobenen Anamnese die Thatsache, daß früher eine eiterig-schleimige Absonderung aus der linken Nasenhöhle bestanden hat.

Nach der Extraction der cariösen Wurzeln des dens molar. I wurde mit einem einfachen Stachel die ziemlich dicke Knochenlamelle zwischen dem nun frei gelegten Alveolarraum und der Oberkieferhöhle durchbohrt, wobei einige unter die Gingiva injicirte Tropfen einer 5 proc. Cocainlösung vollständige Anaesthesie bewirkt hatten. Bei der sofort darauf vorgenommenen Durchspülung der Höhle entleerte sich eine beträchtliche Quantität übelriechenden Eiters von gelber Farbe und mit krümeligen Flocken durchsetzt. Am nächsten und an den folgenden Tagen war das Spülwasser nur noch diffus eiterig getrübt und bald wurden regelmäßig nur 2 Schleimballen herausbefördert. Sofort nach der ersten Ausspülung erklärte sich die Pat. unter lauten Aeußerungen der Freude von allen den geklagten Beschwerden im Kopfe und im Halse befreit.

Unter täglich zweimal vorgenommenen Ausspülungen mit Borsäurelösung (3 %) verlor sich die Absonderung völlig; am 2. Mai, also nach dreimonatlicher Behandlung, konnte ich Frau Sch. als geheilt entlassen.

Bei jeder Ausspülung waren 2 gleich große Schleimballen entleert worden, wie oben erwähnt. Sie verwandelten ihre ursprünglich weißgelbe Farbe allmählig in eine grünlichgelbe von glasiger Transparenz. Am Ende eines Intervalls zwischen je zwei Ausspülungen stellten sich mitunter wieder migräneartige Beschwerden ein, allerdings in sehr mäßigem Grade, um prompt mit der folgenden Durchspülung zum sofortigen Schwinden gebracht zu werden. Erst als das Spülwasser völlig rein wieder die Höhle verließ, fühlte sich die Pat. ganz geheilt. Zwei Jahre später traf ich

Digitized by Google

Frau Sch. (welche nach B. verzogen ist) wieder, wobei sie mir erzählte, daß das Leiden durchaus beseitigt geblieben ist.

Wenn Ziem[1]) und B. Fraenkel[2]) betonen, daß der Nachweis von Eiter in der Nasenhöhle selbst bezw. der Befund eines Eiterstreifens auf dem mittleren Nasengange per Rhinoscopiam posteriorem als der einzig sichere Nachweis der Kieferhöhleneiterung anzusehen sei, um die Punktion der Kieferhöhle zu rechtfertigen, so dürfte doch die oben ausgeführte Darstellung eine Erweiterung des zweifellos wohlbegründeten Postulats von Ziem und B. Fränkel gestatten, nämlich: weisen die subjectiven Beschwerden des Pat. und entzündliche Erscheinungen der Nasenschleimhaut in der Gegend des sinus ethmoidalis auf eine Affection der Highmorshöhle hin, ohne daß Eiter in der Nasenhöhle selbst nachgewiesen werden kann, so ist dennoch die Ausführung der Punktion der Oberkieferhöhle gerechtfertigt, wenn die Anamnese ergiebt, daß früher durch längere Zeit (mindestens durch Monate) schleimig-eiteriger Ausfluß aus der Nase in abnormer Menge bestanden hat. — Ziem[3]) sprach sich selbst in letzter Zeit dahin aus, daß selbst trotz wiederholter Ausspritzungen der Nase zu verschiedenen Tageszeiten mittelst der Mayer'schen Druckpumpe oft Eiter in der Nase nicht zu Gesicht gebracht werden könnte, während er den Eiter mittels des Geruchsinnes aus dem Spritzwasser ermittelt habe. — Derselbe Autor erklärt sich die bei den Ausspülungen im Laufe der Behandlung mitunter auftretende Behinderung des Wasserabflusses dadurch, daß ein das ostium maxillare obturirender Eiterpfropf den übrigen Eitermassen während länger fortgesetzter Irrigation den Weg versperrt.[4]) Ist diese Annahme richtig, warum sollte nicht einmal schon bei der ersten Untersuchung ein das ostium maxillare verschließender Eiterpfropf die Anwesenheit von sichtbarem Eiter in der Nasenhöhle verhindern können? Ein Pfropf, der so fest sitzt, daß die Wirkung der Luftdouche nach Politzer nicht ausreicht, um ihn in die Höhle zurückzudrängen? Ich kann mich übrigens dieser Ansicht von Ziem, die ich früher teilte, nicht mehr anschließen und zwar aus folgendem Grunde: Bis vor 3 Jahren vollzog ich die Punktion in derselben Weise wie Ziem, von dem Zahnfach des gewöhnlich carioesen dens molaris nach seiner Extraction. Solange ich diese Operationsmethode beibehielt, erfuhr ich fast bei jedem Patienten ein- oder mehrmals diese Stockungen des Abflusses der Spülflüssigkeit. Seitdem ich aber mit dem Krause'schen, später von mir modificirten Troikart[5]) von der Nasenhöhle aus, und zwar stets nach Mikulicz vom unteren Nasengange aus die Punktion wahrnehme, um ein Celluloidröhrchen (Partsch) in die Höhle einzuführen, welches bis zur Heilung an Ort und Stelle verbleibt, habe ich nur ein einziges Mal diese Behinderung des Abflusses, aber gleich durch 8 Tage hindurch, erfahren. Ursache war in

---

[1]) Diese Monatsschrift XX. Nr. 3 S. 80.
[2]) Berl. Klin. Wochenschr. 1887. No. 16.
[3]) Diese Monatsschrift 1890. No. 7.
[4]) ibidem 1886. No. 3 S. 79.
[5]) Zeitschr. f. Ohrenhlkd. XXI. pag. 306.

Digitized by Google

diesem Fall wahrscheinlich eine oedematöse Anschwellung der Höhlenschleimhaut. Ich benutzte das in die Höhle ca. 8 Tage vorher eingeführte Celluloidröhrchen als Sonde und glaube mich nicht darin getäuscht zu haben, daß ich oedematöse Schwellung fühlte. Bei großem Kraftaufwande ließ sich das Spülwasser mit der Spritze nur tropfenweise entleeren und war dabei völlig klar. Die zeitweise Behinderung des Abflusses bei der Anlage der Punktionsöffnung in den Boden der Oberkieferhöhle dürfte sich dadurch erklären, daß daselbst die Spülcanüle nur für die Dauer der Ausspülung eingeführt wird. Es wäre möglich, daß der Reiz, den das mit der Zeit immer mehr Schmerzen verursachende Einführen der Canüle ausübt, die Schleimhautauskleidung der Höhle zur Schwellung bringt, und daß die geschwellte Schleimhaut die Knochenöffnung überdeckt. In diesem Fall kann leicht die Canülenspitze, statt durch die Schleimhaut in den Hohlraum zu passiren, in das geschwellte Gewebe hineingeraten, wodurch die Mündung der Canüle verlegt und nicht nur der Abfluß, sondern auch der Zufluß unmöglich wird.

Daß gerade über dem cariösen Zahn die Schleimhautauskleidung des Höhlenbodens besonders stark injicirt sein muß, dafür scheinen mir die durch ihr regelmäßiges Erscheinen auffallenden, oben erwähnten zwei Schleimballen zu sprechen, welche ich, der Anzahl der cariösen Zähne gleich, sehr häfig beobachtet habe. Bei Frau Sch. war der dens molaris I und II cariös. Es liegt nun die Vorstellung nahe, daß direct über den beiden cariösen Molaren je ein circumscripter Entzündungsheerd der Schleimhaut je einen dieser Schleimballen geliefert hat.

Ein interessantes Verhalten zeigte der Verlauf des Schnupfens bei Frau Sch. Sie gab an, daß derselbe sich regelmäßig erst gegen 10 Uhr Vormittags einfand. Diese Erscheinung dürfte sich folgendermaßen erklären: Beim Liegen während des Schlafes steht der sinus ethmoidalis senkrecht oder nahezu senkrecht zur Ebene des Lagers. Infolgedessen konnte das aus dem ostium maxillare abfließende Sekret auch sofort senkrecht herunter bis an die hintere Rachenwand fließen. Die offenbar ätzende Eigenschaft desselben übte also während der ganzen Nacht ihren reizenden Einfluß zum allergrößten Teil auf die hintere Rachenwand aus, während von der Nasenschleimhaut in der Breite eines Tropfens nur der kleine Teil in Betracht kam, welcher zwischen dem ostium maxillare und dem hinteren Muschelende liegt. Dadurch kam es, daß die Patientin beim Erwachen die „unsagbar lästige Trockenheit“ im Halse während der Nacht und beim Erwachen am Morgen empfand, während das Gefühl des Schnupfens geschwunden war. Nach dem Aufstehen sickerte wieder das Sekret in den sinus ethmoidalis; ehe dieser so gefüllt war, daß es zum beständigen Ueberfließen und zur Wahrnehmung des Reizes auf die Nasenschleimhaut kam, vergingen die drei Stunden bis 10 Uhr; dann war der Schnupfen wieder da. Diese Annahme dürfte der Umstand bestätigen, daß nach Entfernung des Polypen die Kopfschmerzen für einige Tage verschwanden, aber der Schnupfen schlimmer wurde. Durch die Beseitigung des mechanischen Hindernisses, andererseits durch die lokale Blutentziehung war jedenfalls der Abfluß des Höhlensekretes erleichtert, wodurch die Spannung in der Oberkieferhöhle und mit ihr der Kopfschmerz nachließ, dagegen durch die reichlichere Sekretentleerung das reizende Agens für die Nasenschleimhaut vermehrt wurde.

Digitized by Google

Im letzten Abschnitt der Krankheitsperiode kam es wahrscheinlich durch consecutive Schwellung an beiden Seiten der inneren Oberkieferhöhlenwand zum Verschluß des ostium maxillare; woher das wässerige, „stark fließende" Sekret in der letzten Zeit gekommen sein soll, vermag ich mir bei dem eingedickten Eiterinhalt der Kieferhöhle nicht zu erklären. Vielleicht stammte es, infolge consecutiver Hyperaemie, von der Schleimhaut der Nasenhöhle.

Die oben ausgeführte Krankengeschichte zeigt die Folgen der ätzenden Einwirkung des Oberkieferhöhlensekretes auf die Nasen- und Rachenschleimhaut, welche sich durch den periodisch auftretenden Schnupfen und die Trockenheit im Halse äußerten. Man wird daher bei ähnlichen Erscheinungen, auch wenn kein Eiter in der Nasenhöhle nachzuweisen ist, von der Wirkung auf die Ursache schließen können.

(Schluß folgt.)

Zwei seltene Geschwülste der Mundhöhle.*)

Von

Dr. **Demme,**

pract. Arzt und Vol. Assistenten an der Königl. Universitätspoliklinik für Hals- und Nasenkranke zu Berlin.

1. Im Anfang März d. J. kam eine Dame von 32 Jahren zu mir mit Klagen über eine Geschwulst im Munde, die sie beim Sprechen etwas, dagegen sehr stark beim Kauen und Schlucken hindere: sie beiße sich leicht auf die zwischen die Zähne der rechten Seite sich einklemmende Geschwulst, die, oft an der Oberfläche geschwürig zerfallen, ihr starke Schmerzen verursache. Ich fand eine etwa wallnußgroße, rundliche, überall von verschiebbarer Mundschleimhaut überzogene Geschwulst, die bei völligem Zahnschluß etwas oberhalb der Schlußlinie von der rechten Wangeninnenfläche, ungefähr 1½ cm hinter dem rechten Mundwinkel entsprang. Man konnte den sehr derben Tumor bequem fassen und ihn etwa wie eine unter eine straff gespannte Tischdecke gelegte Wallnuß, etwas bewegen. Die den Tumor überkleidende Schleimhaut war am Scheitel an einzelnen Stellen in kleine Ulcerationen zerfallen, zum Teil erkannte man kleine Narben, die Ueberreste früherer Ulcera. Das hatte offenbar seinen Ursprung darin, daß beim Oeffnen der Zahnreihe der Tumor sofort in die Mundhöhle sprang und die Patientin sich nun beim Schlusse des Mundes mit der Zunge ihn wieder hinausschieben mußte, wollte sie nicht auf die Geschwulst beißen. Auch beim Sprechen waren große Unbequemlichkeiten; die Patientin sprach nur mit halbgeöffneter Zahnreihe, gerade um die Geschwulst nicht durchschlüpfen zu lassen: infolgedessen war die Sprache undeutlich, die Zischlaute besonders konnten nicht klar vorgebracht werden; die Sprache war der bei einem Peritonsillarabscesse ähnlich.

*) Nach einer Demonstration in der Berliner laryngologischen Gesellschaft.

Digitized by Google

Die Operation war einfach. Mit dem Muzeux zog ich nach gründlicher Cocainisirung den Tumor von seiner Sitzfläche ab und umschnitt die Schleimhaut mit dem Messer ringförmig an der Basis: mit einigen Scheerenschlägen trennte ich dann die Bindegewebszüge, die noch die Verbindung herstellten. Die Blutung war beträchtlich: eine spritzende Arterie wurde unterbunden, die Wunde durch 3 Nähte geschlossen. Dauernde Mundausspülung mit Kali permang. Lösung; Entfernung der Nähte am vierten Tage. Heilung. Das Sprechen und das Kauen sind normal.

Die Gewulst hatte eine glatte Oberfläche, war sehr fest und von der vorgetriebenen Wangenschleimhaut dicht, wie von einer übergezogenen Kautschuckmembran umschlossen. Die microscopische Untersuchung ergab, ein dichtes Geflecht ziemlich gleichmäßig gelagerter, derber Bindegewebszüge, mit spärlichen Gefäßen, darüber vollständig isolirt die normale Mundschleimhaut. Diagnose: Fibrom.

2. Der Liebenswürdigkeit des Herrn Assistenzarzt 1. Cl. Dr. Lorentz verdanke ich folgenden Fall:

Ein junger Mann von 23 Jahren, der wegen eines leichten Bronchialcatarrhs in Behandlung kam, hat, so lange er „denken kann", auf der Zungenfläche vorne, etwa 1½ cm von der Zungenspitze, 1½ cm vom rechten Rande der Zunge entfernt, eine Geschwulst, die ihn eigentlich nur wenig genirt; nur das Aussprechen der Zischlaute war auch hier undeutlich, so daß Patient leicht lispelt. Ich fand eine gut haselnußgroße Geschwulst von dem Aussehen eines Papilloms an der oben bezeichneten Stelle gestielt aufsitzen. Der Tumor war von oben her etwas abgeplattet, gemäß der Ruhelage der Zunge, durch den Gaumen, der an der entsprechenden Stelle, vielleicht durch den Reiz etwas gerötet erschien. Dadurch hatte die Oberfläche des Tumors etwas den Character des Papilloms verloren, der an den Seiten aber sehr schön ausgeprägt war. Der Stiel war etwa ½ cm lang. Hob man den Tumor ab von der Unterlage, so gab er etwa das Bild einer Pinie.

Die Operation war einfach: nach Cocainisirung Abtragen des Tumors mittelst eines Scheerenschlages, Aetzung des Stumpfes mit Arg. nitr. Die microscopische Untersuchung ergab das sehr schöne Bild eines Papilloms.

Ich glaube, daß dieser Fall eines Papilloms an der Zungenspitze nicht zu den häufigsten Vorkommnissen gehört. Ich habe in der ganzen specialistischen Litteratur eigentlich nur 4 ähnliche Fälle gefunden, die ich hier folgen lasse.

1. von Heurtaux, aus dem Jahre 1888, ohne nähere Angabe.
2. von F. S. Eve, 1888, ein Papillom der Zunge- bei einer 59jährigen Irländerin, das an der Stelle saß, wo die Zunge die fortwährend zwischen den schlechten Zähnen gehaltene Pfeifenspitze berührte.
3. von Hillenbrand, 1889. J. Diss. aus Dr. Seifert's (Würzburg) Praxis, 4 papilläre Excrescenzen, die allerdings am hinteren Zungenabschnitt saßen.
4. von Covernton, 1890, ein Papillom der Zunge, bei einem 2½ jährigen Kinde, das 1½ cm hinter der Zungenspitze saß und mit dem Galvanokauter leicht abgetragen wurde.

Digitized by Google

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Zur Therapie der Gehörgangsfurunkel. Von Dr. Grünwald in München. (Münchener Medic. Wochenschrift No. 9, 1892.)

Für die beste Behandlungsweise der Gehörgangsfurunkel hält G. die Durchfeuchtung der Gewebe mit gleichzeitiger Auflockerung derselben durch luftdichten Abschluß, wie sie der Prießnitz'sche Verband, der feuchtwarme Umschlag erzeugt.

Derselbe wird für den Gehörgang derartig modificirt, daß nach Reinigung desselben ein dünner Streifen Watte oder Mull, mit einer 5 procentigen Lösung von Liqu. aluminis subacetici befeuchtet, möglichst in den Gehörgang vorgeschoben und dieser durch eine Wattakugel verschlossen wird, über welche ein Stückchen Caoutschoucpapier gestülpt ist, so daß die Watta nach außen freiliegt.

Liegt der Entzündungsherd nahe am Eingange des Gehörganges oder am Tragus, so wird über den eingeführten Streifen noch eine die Ohrmuschel bedeckende; in essigsaurer Thonerde befeuchtete Mulllage, auf diese ein Caoutschoucpapier gelegt und das Ganze durch Bindentouren befestigt. Die essigsaure Thonerde zieht G. anderen Lösungen vor, weil durch sie das sonst unter luftdichtem Verschluß der Haut so gerne auftretende Eczem vermieden wird.

Spannungsgefühl und pulsirendes Klopfen lassen nach und der Furunkel reift und öffnet sich meist spontan, ohne daß der Patient durch Erneuern von Umschlägen oder besondere Schmerzen belästigt wird.

Dr. Hitschmann.

Aus der Dr. B. Baginsky'schen Poliklinik für Ohren-, Hals- und Nasenkrankheiten. Ueber Nystagmus bei Ohraffectionen. Von Dr. Michael Cohn, practischer Arzt. (Berliner klin. Wochenschrift 1891, Nr. 43.)

Nystagmus bei Ohraffectionen wurde bisher je einmal von Schwalbach und Pflüger, und dreimal von Kipp beobachtet, hervorgerufen im Verlaufe eitriger Mittelohrentzündungen durch Druck auf die Regio mastoidea, Berührung eines Polypen oder Ausspritzung eines tief liegenden Abscesses. — Hierzu kommen die vier Fälle des Verfassers. Bei dem ersten, einem Fall von chronischer Otitis media pur. wurde durch leichten Druck auf den Tragus des kranken Ohres, durch Anwendung der Gehörgangsluftdouche und durch Ausspritzen des linken Ohres Schwindel mit Neigung nach rechts zu fallen und hochgradiger horizontaler Nystagmus ausgelöst. Die rechte Pupille war weiter wie die linke, ihre Reaction träg. Beweglichkeit und Hintergrund des Auges normal.

Ein in den äußeren Gehörgang eingeführter Wattepfropf verhinderte das Zustandekommen dieser Erscheinungen. Die Annahme, daß es sich um Hysterie handle, wobei der Tragus der hysterogene Punkt, die Otorrhoe nur etwas Zufälliges sei, wird unwahrscheinlich durch das Ausbleiben des Nystagmus nach Einführung der Watte, während bei unverschlossenem

Digitized by Google

Gehörgange die Anfälle prompt ausgelöst wurden. Ist der Nystagmus der Effect eines vom Ohre ausgehenden Reflexactes oder einer durch das Ohr übermittelten Hirnreizung? — Letztere erscheint ziemlich ausgeschlossen, denn der Druck auf den Tragus war zu gering, um auf das Gehirn fortgepflanzt, ähnliche Erscheinungen zu bewirken, wie die mit viel stärkeren Druckgrößen ausgeführten Tierversuche von Baginsky, welche ähnliche Resultate erzielten. Handelt es sich nun um einen Reflexact, so wäre der Ausgangspunkt desselben im Plexus tympanicus oder in den Bogengängen zu suchen. Daß vom Plexus tympanicus Schwindel ausgelöst werden kann, ist experimentell festgestellt, über so entstandenen Nystagmus ist bisher nichts berichtet. Daß jedoch von den Vestibularenden des Acusticus Augenbewegungen und Myosis veranlaßt werden können, behaupten Cyon und Högyes. Cohn meint nun, daß sich auf Grund entzündlicher Vorgänge eine gewisse erhöhte Reizbarkeit im Labyrinth entwickelt hatte, manifest durch permanente mäßige Myose, so daß ein normalerweise ganz unwirksamer Reiz zur Auslösung des Nystagmus genügte. — Im zweiten Falle wurde Ohnmacht und horizontaler, einigemale rotatorischer Nystagmus kurz nach dem Einspritzen lauwarmer Flüssigkeit in das mit chronischer Otitis media purulenta behaftete Ohr ausgelöst, hierbei wurden die auch sonst bestehenden subjectiven Geräusche lauter. In den beiden anderen Fällen trat beim Einspritzen von kaltem Wasser in die an chronischer Otorrhoe leidenden Ohren Schwindel und beiderseitiger oscillatorischer und einmal horizontaler Nystagmus auf.

Es scheint nach alledem geboten, bei Fällen von ätiologisch unaufgeklärtem Nystagmus an Mittelohreiterungen zu denken.

Dr. Hitschmann.

Eiterige Otitis und Hirnerscheinung nach Tamponirung des Nasenrachenraumes bei schwerem Nasenbluten. (Otite suppurée et accidents cérébraux à la suite du tamponnement postérieur dans une epistaxis grave.) Von Dr. Gellé. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 1.)

Die Tamponirung ist eine gefährliche Operation, nicht nur inbezug auf das Gehör, sondern selbst für das Leben. Die Eiterung tritt oft schon nach zwei Tagen auf; oft besteht schon Otitis beim Tamponnement, und dann schadet dieses erst recht. Die durch die Tamponade hervorgerufene Entzündung ist immer septischer Natur, der Wolf wird in den Schafstall gesperrt, der Kranke in seiner Betäubung wird selbst das Entfernen des Tampons nicht mehr verlangen, und erst das Herausfließen der Jauche aus einem oder gar beiden Ohren wird die Diagnose bestätigen. Je länger der Tampon bleibt, desto größer die Gefahr. Verf. giebt ein Beispiel als Belag: Das hartnäckige Nasenbluten bei dem zugleich bestehenden chronischen Morbus Brightii machte eine Tamponade nötig; die nachher auftretenden und beinahe tödlich verlaufenden Hirnsymptome waren mit Unrecht auf den Morbus Brightii statt auf die schädliche Wirkung des Tampons zurückgeführt worden.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Parasitäre Otitis externa. (Otite externe parasitaire. Otomycosis.) Von Dr. Baratoux. (La pratique médicale 1892 No. 8 und Annales de la société chirurgicale de Liège 1892 No. 6.)

Geschichte der Krankheit nebst den verschiedenen beobachteten Parasiten. Beschreibung der Symptome. Behandlung. Verf. redet dem spiritus vini und dem Resorcin das Wort. Dr. P. K.

b) Rhinologische:

Ein Fall von sogenannter Rhinitis caseosa oder cholesteatomosa. (Un cas de soit-disant rhinite caseuse ou cholestéatomeuse.) Von Dr. G. Strazza. (Bolletino delle malattie dell' orecchio août 1891 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1891 No. 12.)

Sich auf einen neuen, von ihm beobachteten Fall stützend, kommt Verf. zu dem Schluß, daß der von Duplay (1874) zuerst beschriebene und später von Cozzolin beschriebene Rhinitis caseosa garnicht besteht; es ist ganz einfach eine Complication der verschiedensten Nasenleiden. Fremdkörper, Polypen, Verkrümmungen des Septum können Abfluß des Secretes hemmen und so die käsige Entartung hervorbringen; Scrophulose ist es nicht, denn Scrophulose ist häufig und Rhinitis caseosa selten; Scrophulose ist meistens bei Kindern, die sogenannte Rhinitis caseosa meist bei Erwachsenen; es ist nicht Rhinitis, denn die mucosa erscheint gesund nach Entfernung der käsigen Massen und die sogenannte Rhinitis caseosa übrigens immer einseitig; endlich könnte man nicht die schnelle von selbst eintretende Heilung nach Entfernung der käsigen Massen erklären. Dr. P. K.

Dermatol zur Nachbehandlung nach galvanocaustischen Operationen in der Nase. Von Dr. Ed. Aronsohn in Ems. (Deutsche medic. Wochenschrift, 1892. No 29 und 30.)

A. verurteilt das „Nichtsthun" nach galvanocaustischer Behandlung des Naseninnern, empfiehlt vielmehr gleich nach der Operation und an den folgenden drei bis vier Revisionstagen Dermatol in solcher Menge einzublasen, daß die Schleimhaut der ganzen betreffenden Nasenhälfte mit Pulver gut bedeckt ist. In der Zwischenzeit, eventl. bis zum zehnten Tage soll Patient selbst ca. 5 mal täglich eine Prise Dermatol aufschnupfen. Der Vorteil dieser Behandlungsweise besteht in Milderung der Reactionserscheinungen und Vorbeugung von Verwachsungen und neuen Entzündungsprocessen. A. hofft, daß die austrocknendne Kraft des Dermatols sich auch bei chronischen Katarrhen bewähren wird.

Beschorner.

Ueber gutartige Geschwülste der Highmorshöhle. Von Dr. Paul Heymann in Berlin. (Virchow's Arch. für patholog. Anatomie und Physiolog. und für klin. Medicin. 129. Bd. 1892.)

Bei Eröffnung der Highmorshöhlen an 250 Köpfen von Leichen, die dem Autor im Secirsaale für normale Anatomie zur Verfügung standen,

Digitized by Google

also in 500 Highmorshöhlen, fand H. 31 mehr oder minder große Geschwülste, sodaß, da nur in vier Fällen beide Oberkieferhöhlen befallen waren, es sich demnach um 26 verschiedene Kranke handelte, angenommen werden darf, daß jeder neunte Mensch einen Tumor in seiner Kiefernhöhle trägt, ein Verhältnis, wie es ähnlich auch von andern Autoren, so namentlich von Zuckerkandl, angeführt wird. H. folgt bei Gruppirung der beobachteten Geschwülste, der Einteilung des soeben Genannten und zwar fand er Kiefercysten ein-, Knochenneubildungen dreimal. Polypen, unter welchen H. alle Geschwülste versteht, welche auf der Schleimhaut sitzend, aus dieser hervorgegangen, mehr oder minder gestielt, im Wesentlichen das Gewebe des Mutterbodens wiederholen, notirte H. unter 250 Fällen 14 mal und zwar der verschiedensten Art, nur vermißte er eigentliche Schleimpolypen merkwürdigerweise vollständig. Die zahlreichste Gruppe der Neubildungen bildeten auch bei H. die Cysten der Kieferhöhlenschleimhaut und zwar fand er sie in 19 Kieferhöhlen, darunter 6 Fälle, wo die Cyste mit anderen Neubildungen vergesellschaftet war; in 13 Highmorshöhlen wurden nur cystische Gebilde gesehen. Eine Prädilectionsstelle für die Cysten innerhalb der Kieferhöhle vermag Autor nach seinen Erfahrungen nicht anzugeben. Der Inhalt der Cysten war verschiedenartig, meist getrübt, Epithel und Detroitus, sowie zahlreiche in Verfallung begriffene Lymphkörperchen enthaltend. Häufig wurden Cholestearin-Crystalle in mehr oder minder großer Menge gefunden. Ihre Entstehung anlangend, so erklärt H. alle sogenannten Schleimcysten der Kieferhöhle als zurückzuführen auf verschlossene Drüsen bezw. Drüsenausführungsgänge. Fibrome wurden nicht beobachtet.

Der Arbeit, welche möglichst und in eingehendster Weise die entsprechenden Erfahrungen der Autoren des laufenden Jahrhunderts berücksichtigt, sind 4 Tafeln mit äußerst instructiven Abbildungen beigegeben.

Beschorner.

Soor des Rachens und der Nasenhöhle bei einem Erwachsenen als Begleiterscheinung der Influenza. Von Dr. Max Thorner in Cincinnati. O. (New-Yorker Medicin. Monatschr. Febr. 1892.)

Ein Fall von Soor bei einem 17 Jahre alten Jüngling, der infolge eines ungewöhnlich heftigen Influenza-Anfalles sehr geschwächt war. Die Pilzwucherung (Oidium albicaus) wurde zuerst in den Mandeln beobachtet, erreichte bald die Rachenwand, stieg den Nasenrachenraum hinauf und setzte sich in die Nasenhöhlen bis an die Nasenlöcher fort. Der Verlauf nahm 12 Tage in Anspruch. Die Krankheit endigte mit voller Heilung Dieser Fall stellt die Thatsache fest, daß Soor sich beim Erwachsenen im Gefolge acuter Krankheiten, die mit großer Schwäche einhergehen, einstellen kann, und daß sein Auftreten als ein prognostisch nicht so absolut schlechtes Zeichen anzusehen ist, als einige Autoren zu glauben scheinen; dann aber, daß Soor, wenigstens in Ausnahmefällen, sich in der Nasenhöhle entwickeln kann, ein Beweis, daß Flimmerepithel nicht ein unüberwindbares Hindernis für seine Entwickelung abgiebt.

Beschorner.

Digitized by Google

Nasenstein. (Cas de rhinolithe.) Von Dr. Schiffers. (Annales de la société medico-chirurgicale de Liége, Novembre 1891).

Bei einer 40jährigen Frau wurde ein daumengroßer Nasenstein in zwei Sitzungen mittelst Lithothribie entfernt. Entstellung des Gesichtes, Foetor, Verstopfung, Verlust des Geschmackes und des Geruches, Schmerzen bildeten den Symptomencomplex. Dr. P. K.

Deviation der Nasenscheidewand. (Déviation de la cloison nasale.) Von Dr. Nicolai P. Simanovski. (Vratch 1890 N. 7 u. Journal of lar. and Rhin. 1891 N. 11).

Von 974 Kranken (603 Männer und 371 Frauen) hatten nur 49 eine normale Nasenscheidewand (24 Männer und 25 Frauen); 845 mal war sie unregelmäßig mit Verdickungen, Verkrümmungen und Spornen besetzt; 191 mal nach rechts verbogen, 188 mal nach links, 124 mal schief, 17 in SForm oder im Zick-Zack. Die Nasenscheidewand ist also fast immer schief, wenigstens soweit sie die Bevölkerung St. Petersburg's betrifft. Dr. P. K.

Medicinische Cylinder für die Nase bei der Behandlung des Heufiebers, des Nasencatarrh's und der Nasendiphteritis und Ozaena. (Cylindres médicinaux pour le nez dans le traitement de la fièvre de foin, du catarrhe et de la diphterie nasale et de l'ozène.) Von Dr. Scanes Spicer (Journal of laryngol. and Rhin. 1890 N. 9 u. Annales des maladies de l'oreille 1891 N. 11.

Hohle aus glycogelatine verfertigte graduirte Cylinder, welche je nach Bedarf Morphium, bismuthum nitricum, Jodoform etc. etc. enthalten. Verf. war bei genannten Krankheiten sowohl wie nach intranasalen Operationen, bei Eczema, Retropharyngealcatarrh etc. etc. sehr zufrieden. Dr. P. K.

---

4 Nasensteine. (Le amende 4 rhinolithes.) Von Dr. Berlioz. (Archives internationales de laryngologie Mai, Juin 1891 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 1.)

Die 4 Steine waren von Dr. Ruault in einer Sitzung der französischen Gesellschaft für Laryngologie und Otologie vorgelegt worden; bloß einer enthielt einen Kirschkern, die anderen nichts. Kalk, Phosphate und Carbonate waren in allen vorhanden. Dr. P. K.

Doppelter submucöser Abscess der Nasenscheidewand traumatischen Ursprunges. (Abscès sumuqueux double de la cloison nasale d'origine traumatique.) Von Dr. Luc. (Archives internationales de Laryngologie Mars, Avril 1891 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 1.)

Nach einem Fall bildeten sich zwei symmetrische Abscesse am vorderen Teile der Nasenscheidewand. Der Eiter war jauchig. Verf. betont, daß die oft angegebene Verkrümmung der Nasenscheidewand nicht vorhanden war. Dr. P. K.

Digitized by Google

Schleimpolyp in der Nase bei einem Neugeborenen. (Polype muqueux congénital des fosses nasales chez un nouveau-né.) Von Dr. Le Roy. (France médicale. Juin 1891 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 1.)

Saugen beschwert. Operation mit Erfolg nach drei Wochen. Seltene Fälle. Dr. P. K.

Störungen durch adenoide Vegetationen im Säuglingsalter. (De quelques troubles provoqués par la végétation adénoides chez les enfants du prémier âge.) Von Dr. Lubert-Harbon. (Revue mensuelle des maladies de l'enfance 1891 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 1.)

Diese Gebilde sind bei Säuglingen viel häufiger als allgemein angenommen wird, die Diagnose ist wichtig, wegen der Operation; wenn letztere nicht ausgeführt wird, so stirbt das Kind an Athrepsie. Das Bild ist etwas verschieden von dem bei älteren Kindern: die Symptome des Gehörorganes und der Physiognomie treten in den Hintergrund und die der Respiration mit der Unmöglichkeit ordentlich zu saugen treten besonders hervor. Verf. giebt eine genaue Beschreibung letzterer Symptome. Sobald bei einem Säugling die Symptome des sogenannten chronischen Schnupfens nicht nach dem Gebrauch von Vaselin und Borax verschwinden, muß man adenoide Vegetation annehmen und sobald als möglich mit einer geeigneten Zange in verschiedenen Sitzungen operiren. Die Operation ist sehr leicht; man soll ohne Anaesthesie operiren und in jeder Sitzung blos einen Zangenzug ausüben. Dr. P. K.

Adenoide Vegetationen des Nasenrachenraumes. Sarcomatöse Recidive. Plötzlicher Tod. (Végétations adénoides du Pharynx nasal. Récidives sarcomateuses. Mort subite.) Von Dr. Dèlie. (Archives internationales de laryngologie 1892 No. 1 und Annales de la société médico-chirurgicale de Liège 1892 No. 6.)

Ein 13 jähriger Knabe wurde zweimal wegen adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes operirt. Zweite Recidive, welche mit Electrolyse behandelt wurde; die microscopische Untersuchung ergab nun ein Sarcom, welches ungeheure Ausdehnung annahm und oft blutete. Tod plötzlich. Verf. schließt aus diesem Beispiel, daß adenoide Vegetationen recidiviren können, daß selbe die sarcomatöse Transformation eingehen können und daß die schlimmsten Blutungen nicht immer die klassischen Sarcome begleiten. Ref. fragt sich, ob das Sarcom nicht von Anfang an bestand. Dr. P. K.

c) Pharyngo-laryngologische:

Abscess der hinteren Trachealwand. Tracheotomie, Tod, Section. (Abscès de la paroi postérieure de la trachée, trachéotomie, mort, autopsie.) Von Dr. Jacob. (Union médicale. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 1.)

Ein 7 jähriges Kind erkrankte mit den Zeichen von Bronchitis, Dyspnoe mit Schlingbeschwerden. Tracheotomie mit Ausfluß von Eiter aus

Digitized by Google

der Trachealwunde. Tod durch Pneumonie. Die Section ergab den genannten Abscess. Dr. P. K.

Die Larynxentzündungen bei Typhus. (Les laryngites typhiques.) Von Dr. Peter. (Union médicale Mars 1891 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 1.)

Verf. bespricht die zwei Arten von Larynxentzündungen, welche im Verlaufe des Typhus vorkommen: diejenigen, welche in der acuten Periode während des Typhus selbst vorkommen und diejenigen, welche in der Reconvalescenz, also später, vorkommen. Die Symptome sind die allbekannten.

Ref. hat in seinen in den Jahren 1875, 1876 und 1877 in den Annales des maladies de l'oreille et du larynx erschienenen Arbeiten in Uebereinstimmung mit Eschinger und Anderen nachgewiesen, daß nicht alle in der acuten Periode auftretenden Laryngitiden notwendigerweise Dysphagie und Aphonie hervorbringen, daß viele sogar ganz gutartig verlaufen und daß man öfters typhöse Larynxgeschwüre nur zufällig an der Leiche findet. Uebereinstimmend mit dem Verf. giebt Ref. zu, daß die späteren, auf Perichondritis beruhenden Laryngitiden eine der schwersten Formen der subacuten Laryngitis darstellen, daß die in den meisten Fällen nicht zu verhindernde Tracheotomie auf große Schwierigkeiten stoßen kann und daß die Kranken bei nicht sorgfältiger Ueberwachung ersticken. Von den Larynxknorpeln ist die cartilage cricoidea am häufigsten und namentlich an ihrer hinteren Hälfte angegriffen; daher die oft bleibenden Larynxverengerungen. Daß die meisten Patienten sterben, ist nicht richtig. In drei von ihm beobachteten Fällen von Laryngotyphus in der Reconvalescenz, welche alle drei unter mehr oder weniger Schwierigkeiten tracheotomirt werden mußten, starb keiner; alle drei konnten nach langer Zeit und nach mit Geduld ausgeführter mechanischer Behandlung die Canüle entbehren. Nur muß man frühzeitig operiren, immer die tiefe Tracheotomie ausführen, die Canüle nicht zu früh entfernen und anfangs exspectativ, später mechanisch behandeln. In diesem Sinne wären die von Dr. Peter angeführten Fälle, wenigstens soviel sie des Ref. Erfahrung betreffen, zu berichtigen. Dr. P. K.

Diffuses Fibroadenom der Pharynx- und Larynxschleimhaut. (Fibroadénom diffus de la mugueuse laryngienne et pharyngienne.) Von Dr. Luc. (Archives internationales du laryngologie Mars, Avril 1891 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 1.)

Ein 26jähriger Mann, sonst nicht krank und nie syphilitisch, zeigte diffuse Geschwülste am rechten hinteren Gaumenbogen, am Larynxeingang und an der hinteren Larynxwand. Successive Extirpation während zwei Monaten. Die microscopische Untersuchung (Dr. Dubar) ergab diffuses Fibroadenom. Seltener Fall. Dr. P. K.

Acute syphilitische Larynxstenose. Operation durch Auskratzen ohne Tracheotomie. (Stenose aigue d'origine syphilitique. Opération au moyen du currettage sans trachéotomie.) Von Dr. Luc. (Archives inter-

Digitized by Google

nationales de laryngologie, Mars, Avril 1891 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 1.)

Eine 43jährige Frau hatte bedeutende Infiltration des Larynxknorpels ohne sonstige Larynxveränderungen. Resection dieser Tumoren; die microscopische Untersuchung ergab keine Tuberculose, mit welcher sie ja im laryngoscopischen Bilde hätte verwechselt werden können. Antisyphilitische Behandlung, Heilung. Solche Fälle sind jedenfalls nicht selten.

Ref. hat die gute Wirkung der Resection der Aryknorpel mittelst schneidender Zange namentlich bei Tuberculose de visu beobachtet. Nicht nur die Dyspnoe, sondern besonders die so quälende Dysphagie nahmen bei allen von mir in der Gongenheim'schen Klinik beobachteten Patienten ab. Die Heilung der gesetzten Wunden ging rasch von statten trotz der bestehenden Tuberculose. Dr. P. K.

Ueber die centripetale Leitung des nervus laryngeus inferior und die pathologische Medianstellung des Stimmbandes. Von Dr. H. Burger, Amsterdam. (Berl. klin. Wochenschrift. 1892. Nr. 30.)

Polemik gegen den gleichnamigen Aufsatz von Prof. H. Krause in der Berl. klin. Wochenschrift, 1892. No. 20. (Ref. in No. 6, Jahrg. XXVI dieser Monatsschrift) und Verfechtung der alten Auffassung von der primären Posticuslähmung. Hierbei weist B. auf die noch nicht veröffentlichten Versuche von Riesien Russel hin, bei welchen es diesem gelungen ist, die einzelnen Faserbündel des Recurrens am lebenden Tiere zu isoliren. Das Resultat war, daß die Abductorfasern das Vermögen electrische Impulse fortzuleiten sehr viel früher einbüßten, als die für die Adductoren bestimmten Fasern. Was die eigenen Experimente B.'s an Tieren anlangt, so bestätigen sie die Semon-Horsley'schen Angaben, und hat auch hier der Posticus p. m. früher als der Lateralis seine Erregbarkeit verloren. Auch ist es B. ebensowenig wie den Genannten gelungen, durch Reizung des centralen Recurrensstumpfes irgend welche Bewegung an den Stimmbändern hervorzurufen. Autor stellt eine Arbeit in Aussicht, in welcher er den Nachweis zu liefern gedenkt, daß der hier in Frage kommende Proceß beim Menschen eine echte primäre Posticuslähmung mit secundärer (paralytischer) Antagonistencontractur bildet und unmöglich eine primäre oder reflectorische Contractur sein kann. Beschorner.

Gutartige Geschwülste des Kehlkopfes. (Benign tumors of the Larynx.) Von Max Thorner M. D. in Cincinnati. (The Cincinnati Lancet-Clinic, Febr. 13. 1892.)

Mitteilung von 7 Fällen gutartiger Kehlkopfneubildungen (Fibrome), welche fast durchweg mit vollständiger restitutio ad integrum und laryngeal operirt wurden. Allgemeine Bemerkungen über Aetiologie, Symptomatologie, Prognose und Behandlung der genannten Affection.

Beschorner.

Digitized by Google

Ueber Erweiterung der Wangen bei Glasarbeitern. (De la dilatation de joues chez les ouvriers verriers.) Von **Dr. Regnault.** (Société de Biologie de Paris, séance du 6. Novembre 1891. Semaine médicale 1891 No. 55).

Diese den Glasbläsern eigenthümliche Wangenerweiterung ist bisher wenig beachtet worden. Das Leiden kommt nur bei Arbeitern vor, welche von der frühesten Jugend an, also wo die Gewebe noch sehr dehnbar sind, das Glasblasen getrieben und selbes lange fortgetrieben haben. Hinter dieser Erweiterung der eigentlichen Wangen befindet sich eine zweite kleinere Hervorragung, welche von dem erweiterten ductus Stenonianus herrührt; des letzteren Ausführungsgang in den Mund ist ebenfalls erweitert und man kann ihn leicht mit einer Sonde sondiren.

Dr. P. K.

Tabes dorsalis und Hysterie; hemispasmus glossolabialis links. (Tabes et Hysterie; hemispasme glossolabié du coté gouche.) Von Dr. Liredey. (Société médicale des hôpitaux de Paris) Semaine médicale 1891 No. 55.

Die Lähmung war hysterischer Natur; das wurde bewiesen durch ihre Heilung durch die Suggestion in wachendem Zustande. Seither hat der Morotismus bedeutend zugenommen, ohne von der Tabes abhängig zu sein.

Dr. P. K.

Labioglosso Larynxlähmung, einseitig, in Folge von Trauma. (Paralyse labioglosso laryngie milatérale d'origine traumatique.) Von Dr. Sandford. (Semaine médicale 1892 N. 6).

Ein 27jähriger Mann wurde von einem Pferde zu Boden geworfen. In ein benachbartes Haus gebracht, wollte er trinken, aber die Flüssigkeit kam durch die Nase zurück. Unbeweglichkeit des linken Stimmbandes, das Gaumensegel nach rechts, die Zungenspitze nach links abweichend. Pfeifen unmöglich, Kopf nach links abweichend. Die Muskelschmerzen vergingen, aber die Lähmungen dauerten fort. Verf. nimmt an, daß am Foramen lacerum eine Zerrung der dort austretenden Nerven stattgefunden hatte.

Dr. P. K.

Spontanes anevrysma des truncus brachiocephalicus nach der Methode von Mac Ewen behandelt. (Anévrysme spontané du tronc brachiocephalique traité par la méthode de Mac Ewen). Von Dr. Caselli, (Huitième Réunion de la société italienne de chirurgie à Rome et Semaine médicale 1891 No. 55).

Es wurde eine Nadel bis zur hinteren Wand des anevrysma eingestochen und 12 Stunden liegen gelassen; die lagernde Nadel wurde stündlich gewechselt. Am zweiten Tage schon war der Radialpuls nicht mehr zu fühlen und war der Tumor hart und resistent geworden. Nach 25 Tagen war Patient geheilt und der Tumor verschwunden. Nach acht Monaten war noch kein Recidiv eingetreten.

Dr. P. K.

Aneurysma des truncus brachio cephalicus und der carotis communis; Ligatur der Carotis communis und der subclavia; Tod nach 44 Tagen. (Anévrisme du tronc brachio-céphalique et de la carotide primi-

Digitized by Google

tivé; ligature de la carotide primitive et de la sousclavière; survie de quarante quatre jours). Von Dr. Le Dentu. (Société de chirurgie de Paris 1891, 7. octobre u. semaine médicale No. 50).

Ein 34jähriger Mann zeigte ein großes rechtseitiges Aneurysma an der angedeuteten Stelle, welches das Manubrium sterni, die erste Rippe und die clavicula zerstört, sowie den Larynx nach links oben und vorne verdrängt hatte. Der areus aortae schien frei zu sein. Der Radialpuls, das Pulsiren der subclavia in der fossa supra clavicularis waren deutlich zu fühlen; die carotis communis war bis zur cartilago thyroidea in dem Tumor mit einbegriffen. Die subclavia wurde außerhalb der Scaleni unterbunden, ebenso die carotis communis genau unterhalb der Teilungsstelle; der Puls in der Radialis und der temporalis hörte gleich auf, die Herzschläge stiegen von 90 auf 130 in der Minute; Bromkalium und Morphium halfen nichts dagegen; Sulfonal half und brachte auch Schlaf. Der Tumor nahm nach oben zu, die Schmerzen wurden unausstehlich, das Bersten des aneurysma schien unvermeidlich, als Patient starb.

Dr. P. K.

Fall von doppelseitiger Posticuslähmung durch Aortenaneurysma. (Paralyse double du crico-arytenoidien postérieur dans un cas d'anévriame de l'aorte). Von Dr. Cartaz. (Arch. laryng. Juillet 1891 u. Revue de laryngologie 1891 N. 22).

Selten. Ein 55jähriger Mann litt an aortenaneurysma mit Posticuslähmung. Während der Chloroformnarcose blieben die Stimmbänder in der Medianstellung, was jeden Spasmus auszuschließen erlaubte.

Dr. P. K.

Untersuchungen über die Ursache der Hirnerweichung infolge von Ligatur der carotis communis. (Recherche sur la cause de l'amollissement cérébral consecutif à la ligature de la carotide primitive.) Von Dr. Lampiasi. (Huitième réunion de la société italienne de chirurgie u. Semaine médicale 1891 N. 55).

In dieser Beziehung ist die Ligatur der Carotis eine der wichtigsten Operationen der Chirurgie. V. verwirft die Theorie der Anaemie (Richet und Ehrmann) sowie die der Thrombose (Le Fort) und kommt zu folgenden Schlüssen: 1. die Erweichung ist eine Folge der Embolie, 2. die Embolie bildet sich in der carotis communis durch die mittelst der ligatur verursachte Laesion der tunica vascularis und durch das Sistiren der Circulation. Daher ist es anzuraten außer der Carotis communis auch die Carotis interna zu unterbinden und den Rückstrom des Blutes aus der Carotis interna in die Carotis interna zu verhindern. So vermeidet man die Verlangsamung des Circulationsstromes und das Vorbeiströmen des Blutes an dem durch die Ligatur bedingten Entzündungsherd.

Dr. P. K.

Totale angeborne Halsfistel; Exstirpation; Heilung. (Fistule congénitale du cou; cure chirurgicale.) Von Dr. Chalot. (Société de chirurgie de Paris u. Semaine médicale 1892 N. 13).

Ein 17jähriger Mann zeigte eine angeborene Halsfistel; die äußere Oeffnung befand sich 2½ cm. über dem inneren Ende der Clavicula; Ein-

Digitized by Google

spritzung einer Lösung von hypermangansaurem Kali bewiesen, daß die innere Oeffnung sich 2 Millimeter vor dem Rande des hinteren Gaumenbogens unter der Mandel befand. Die Behandlung bestand in folgenden Operationen: 1. Die innere Oeffnung wurde mit Höllenstein genau bestimmt, cocainisirt und vernäht. 2. Der ganze unterhalb des os hyoides gelegene Teil der Fistel wurde exstirpirt. 3. Auskratzen des oberen Theiles der Fistel und Offenlassen der Wunde, welche granulirte. Heilung nach zwei Wochen. Dr. P. K.

Convulsionen nach Thyroidectomie. (Accidents convulsifs de la thyroidectomie). von Dr. Gley. (Société de Biologie de Paris. Séance du 9. Avril 1892 u. Semaine médicale 1892 N. 13.

Bei Untersuchungen über Thyroidectomie und ihre physiologischen Folgen hat Verf. gefunden, daß die Substanzen, welche die Erregbarkeit des Nervensystems herabsetzen, also Bromkalium und Antipyrin, auch die nach Thyroidectomie auftretenden Krampfanfälle beseitigen oder vermindern. Dr. P. K.

Hysterisches Stummsein. (Mutisme hystérique.) Von Dr. Troisier. (Société médicale des hôpitaux de Paris, séance du 8 Avril 1892 u. Semaine médicale 1892 N. 13).

Verf. theilt einen Fall von hysterischem Stummsein bei einem Manne mit, welches Stummsein nach Alcoholexcessen plötzlich eingetreten ist (Charcot). Aprastie, Wortblindheit und Worttaubheit bestanden nicht; ungestörtes Bewußtsein. Dr. P. K.

Ein Fall von Larynxadenom. (Un cas d'adénome du larynx.) Von Dr. Schmiegelow. (Revue de laryngologie 1891 N. 23.)

Sehr seltene Fälle: Verf. konnte nur fünf in der ganzen Litteratur finden. Es wird oft mit Krebs verwechselt; so auch in dem vom Verf. genau beschriebenen Fall, weshalb auch die halbseitige Larynxresection ausgeführt wurde; die Diagnose wurde erst nach der Operation gestellt; Heilung; später Tod an Magencarninom. Die microscopische Diagnose an auf endolaryngealem Wege entfernten Stücken hatte zur Diagnose „Carcinom" geführt. Dieses Beispiel bestätigt von neuem die Erfahrung, daß man nicht zu frühzeitig soll die Diagnose auf das microscopische Ergebnis eines bloß teilweise exstirpirten Tumors stellen. Es ist wahr, daß in den meisten Fällen gerade das Umgekehrte von diesem Beispiele geschieht.

Das Adenom kommt nie im Kindesalter vor, meist bei Männern, Ursache unbekannt, Symptome die der Larynxtumoren im allgemeinen, Dysphagie besteht nicht, weil der Tumor nie ulcerirt.

Dr. P. K.

Catarrhalische Laryngitis durch Radfahren hervorgebracht. (Laryngite catarrhale produite par l'usage de la bicyclette, du tricycle etc. etc. etc.) Von Dr. Ragoneau. (Revue de laryngologie 1891 N. 22).

Pharyngitis besteht immer dabei. Verf. schreibt diese Pharyngolaryngitis den großen Körperanstrengungen zu: Der Körper ist nach vorn über-

Digitized by Google

gebeugt, die Anstrengungen sind bedeutender als beim Gehen und Laufen, die mucosa ist einem der Schnelligkeit der Bewegungen entsprechenden erhöhten Luftdruck ausgesetzt: drei Ursachen, welche den Catarrh leicht erklären. Dr. P. K.

Blutungen bei amygdalectomie und Zahnextraction durch Anwendung des Cocains. (Hémorrhagies consecutives à l'amygdaletomie et à l'extraction dentaire attribuées à la cocaine.) Von Dr. Buisseret. (Revue de laryngologie 1891 N. 22).

Der durch Cocain hervorgerufenen Verengerung der Capillargefäße folgt eine Erweiterung derselben; diese tritt oft spät auf und deshalb sind die Blutungen auch späte; das ist unangenehm für den dann meist abwesenden Arzt; den Unterschied der Intensität der Blutung sieht man am besten, wenn man Mandeln ohne Cocain und mit Cocain herausnimmt.
Dr. P. K.

Tracheal- und Laryngealstenose durch Compression. (Sténose de la trachie et du larynx par compression). Von Dr. Schiffers. (Société belge de laryngologie et d'otologie, séance du 17. Mai 1891.)

Mediastinalkrebs mit Lungennecrose, Lungenentzündung, Pleuritis und Pericarditis bei einem 50jährigen Schornsteinfeger; der Fall ist durch das Ergebnis der Section besonders interessant. Dr. P. K.

Tracheotomie und Schlundsondenernährung. (Tracheotomie et Garage). Von Dr. Bernard. (Bulletin médical du Nord 1891 N. 18.)

Ein 4jähriger Knabe mußte wegen Croup tracheotomisirt werden. Die Wunde mit der ganzen vorderen Thoraxhälfte wurde nach einer Woche gangraenös, Allgemeinzustand sehr schlecht, Puls intermittirend und kaum fühlbar, Speisen kommen alle durch die Trachealwunde zurück. Eine durch die Nase in den Magen eingeführte Sonde (No. 15 von Charrière) diente dazu, mittelst Compressionspumpe flüssige Nahrung in den Magen zu bringen. Das Kind kam wunderbarerweise zum Leben zurück; die Canüle mußte einen Monat liegen bleiben; die Sonde konnte erst nach 25 Tagen, während welchen der Pharynx electrisirt wurde, entfernt werden.
Dr. P. K.

Fremdkörper der Speiseröhre. (Corps étranger de l'oesophage.) Von Dr. Schiffers. (Annales de société medico-chirurgicale de Liège, Novembre 1891).

Ein silbernes Zweifrankenstück blieb im oberen Teile des oesophagus eines 16jährigen, Kunststücke ausübenden Knaben stecken. Schlingbeschwerden und Angstgefühl. Nicht sichtbar, konnte er doch gefühlt werden durch die Palpation. Extractionsversuche mißlangen; Patient aß große Quantitäten Kartoffeln und nahm Ol. Ricini; nach 4 Tagen fand man das Geldstück in den faeces. Heilung. Dr. P. K.

Tod durch Cocain. (Mort par la cocaine.) Von Dr. Feryer. (Semaine médicale u. société de chirurgie de Paris 15. Décembre 1891).

Bei Hydrocele spritzt Verf. drei Eßlöffel voll einer 50procentigen Cocainlösung in die tunica vaginalis und läßt selbe, nachdem sie etwa eine

Digitized by Google

Minute in der tunica war, sorgfältig herauslaufen; dann wurde gleich die Jodtincturinjection gemacht. In einem solchen Falle spritzte der Assistent nur einen Eßlöffel voll ein, läßt denselben sorgfältig wieder herauslaufen und macht gleich darauf die Jodinjection. Nach einer Viertelstunde traten Koma mit Krämpfen abwechselnd, Pupillendilatation, schneller Puls, Blässe des Gesichtes, Tod nach 15 Minuten. Richardière, welcher die Section vornahm, berichtet, daß dieses der elfte Fall sei, den er secirte. Der pathologische Befund ist immer derselbe; Congestion der Meningen und der Lungen.

Dr. P. K.

Fremdkörper im Larynx. (Corps étranger du larynx.) Von Dr. Montavano. (Bulletino delle Malattie della Gola u. Revue de laryngologie 1892. N. 22.

Ein 34jähriger Geisteskranker bekam ein Stück Apfel in den Larynx. Tracheotomie nach der schnellen de St. Germain'schen Methode, um der drohenden Erstickung vorzubeugen. Munddilatator angelegt, das Apfelstück mittelst Kehlkopfpincette durch den Mund aus dem Larynx entfernt. Heilung per primam.

Dr. P. K.

Blutegel im Larynx. (Sangsue dans le larynx.) Von Dr. C. Aubert. (Bulletin médical de l'Algérie Octobre 1891 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 1.)

Ein Blutegel wurde mit einem Glas Wein verschluckt; durch Blutaufsaugen war derselbe während sieben Tagen bis zur Dicke eines Bleistiftes und zur Länge von 4 Centimetern angewachsen. Stechen im Larynx, Erstickungsanfall, Blutbrechen, Astomie, Fahnengeräusch (Bruit de drapeau, zuerst von Nélaton bei beweglichen Fremdkörpern im Larynx angegeben; der Ref.) waren die ersten Symptome. Die laryngoscopische Untersuchung ergab drei Blutegelstiche an der hinteren Rachenwand, auf dem linken Aryknorpel und auf der Epiglottis. Man bemerkte den Blutegel abwechselnd auf der hinteren Larynxwand, auf der Glottis und der vorderen Trachealwand. Tracheotomie. Extraction. Heilung.

Dr. P. K.

Fremdkörper der Trachea durch Tracheotomie entfernt. (Corps étranger de la trachie extrait par la trachéotomie.) Von Dr. Montaz. (Société de chirurgie de Paris, séance Mai 1891 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 1.)

Ein 13jähriges Kind hatte einen kupfernen Ring verschluckt; Anfall von Dyspnoe und dann Ruhe; nach neun Monaten machte die von neuem eintretende Dyspnoe die Tracheotomie nötig. Der Fremdkörper saß in der Höhe der Stimmbänder und war durch Schleimhautfalten festgehalten; letztere mußten bei der Operation entfernt werden, ehe man den Fremdkörper fassen konnte.

Dr. P. K.

Fremdkörper in den Luftwegen. (Corps étranger dans les voies aériennes.) Von Dr. Charazac. (Annales de la Policlinique de Toulouse, Novembre 1891 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 1.)

Eine Frau hatte eine Nadel in der Trachea; tiefe Tracheotomie, Heilung. Ein 5monatliches Kind hatte das Kreuz eines Rosenkranzes ver-

Digitized by Google

schluckt; Fremdkörper lag am Larynxeingang; mittelst Zange endolaryngeal entfernt. Dr. P. K.

Ein Fall von Luftkropf. (Un cas de goitre aérien). Von Dr. Pellegrini. (La Riforma medica u. Revue de laryngologie 1891 N. 22).

Beim Schnäuzen bekam ein 29jähriger Mann links unter dem horizontalen Unterkieferbeinast eine Geschwulst, welche bei Druck zischte und verschwand. Es bestand jedenfalls eine schleichend verlaufende Entzündung der tiefen Gewebe der betreffendea Halsseite. Verf. nimmt eine Eröffnung dieser lange bestehenden Infiltration in die Luftwege an und so sei eine fortbestehende Verbindung entstanden. Dr. P. K.

Farbige Geschmacksempfindung. (Gustation colorée.) Von Dr. Déjerine. Bulletin médical Novembre 1891 u. Revue de laryngologie 1891 N. 23).

Gewisse Töne bringen durch Reizung der Gehirnnerven im Auge gewisse Farbempfindungen hervor, ohne daß die betreffenden Farben vor dem Auge stehen. Dr. Sollier berichtet über Lichtempfindungen im Auge, welche nicht von einem Reize der Gehirnnerven, sondern von einem Reize der Geschmacksorgane herrühren. Der Fall betrifft eine neurasthenische Frau; verschiedene Geschmacksempfindungen brachten auch verschiedene Farbeempfindungen, aber immer dieselben hervor.

Dr. P. K.

Ueber einen Fall von Dysphagie wahrscheinlich corticalen Ursprunges. (Sur un cas de Dysphagie probablement d'origine corticale.) Von Fr. Abate. (Archivi ital. di laryngologia Octobre 1891 u. Revue de laryngologie 1891 N. 23).

Infolge eines Trauma auf dem Kopf mußte ein 18jähriger Mann während 13 Tagen mit der Sonde ernährt werden. Der faradische Strom brachte in 5 Tagen Besserung und in 9 Tagen Heilung.

Dr. P. K.

Uebertragung der Tuberculose durch Wanzen. (Tuberculose produite par de punaises.) Von Dr. Dewèvre. (Revue de médecine 1892 N. 4.)

Ein von Verf. behandelter Patient war von seinem verstorbenen Bruder angesteckt worden. Isolirung des Kranken und Desinfection des Zimmers; Tod nach 5 Monaten. Desinfection des Krankenzimmers und des ganzen Bettzeuges. Nach 8 Monaten bekam der jüngere, vorher immer gesund gewesene und das gründlich desinficirte Zimmer bewohnende Bruder Tuberculose. Das betreffende Zimmer war voll Wanzen und der Patient war fortwährend von Wanzen gestochen. 30 Wanzen wurden gefangen und auf Meerschweinchen geimpft; alle drei Meerschweinchen gingen an allgemeiner Tuberculose zu Grunde. Mit der verdünnten und filtrirten Pulpa von 50 Wanzen konnten reiche Culturen von Tuberkelbacillen hervorgebracht werden. 60 pCt. der eingefangenen Wanzen waren tuberculös. Gesunde Wanzen wurden mit tuberculösem Sputum in Contact gebracht, und nach einigen Wochen lieferten diese Wanzen reiche Tuberkelbacillen-Culturen. Wanzen können also tuberculös vom Menschen inficirt werden.

Digitized by Google

Da der letzte Patient erst 8 Monate nach dem Tode seines Bruders erkrankte, muß man annehmen, daß die Wanzen wenigstens 8 Monate lang die Tuberkelbacilleu lebend zu erhalten vermögen.

Jedenfalls zeigt diese Beobachtung einen wichtigen hygienischen Fingerzeig bei den wegen Tuberculose vorgenommenen Desinfectionsmaßregeln. Dr. P. K.

Chloroform bei Tracheotomie. (Du Chloroforme dans la trachéotomie.) Von Dr. P. Geffrier. (Revue de chirurgie Décembre 1890 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 1.)

Verf. empfiehlt das Chloroform aus philantropischen und practischen Rücksichten. Eine sehr vorgeschrittene Cyanose (Chloroform ist dann unnötig) und auffallendes expiratorisches Pfeifen (in diesem Fall ist der spasmus gering und das Hindernis ist durch Membranen und Pfröpfe bedingt) sind die einzigen Contraindicationen. (?)

Dr. P. K.

Experimentelle Studien über die Fractur der Larynxknorpel etc. (Recherches expérimentales sur la fracture de cartilage cricoide etc.) Von Dr. Zilgien. (Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, Octobre 1891 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 1.)

Experimentelle und kritische Studie. Das Experiment stimmte mit den Thatsachen überein. Kritisch kommt Verf. zu dem Schlusse, daß der Tod nicht durch Aspiration der Fragmente, sondern besonders durch das fortschreitende entzündliche Schwellen eintritt; den schädlichen Einfluß des Empyems erwähnt er nicht. Practisch stimmt er mit den Chirurgen überein, daß die ohne Rücksicht schnell ausgeführte Tracheotomie therapeutisch geboten ist. Dr. P. K.

Fractur der Cartilago thyroidea und cricoidea nebst trachea. Tod. Section. (Un cas de fracture du cartilage thyroide et cricoide et de la trachea.) Von Dr. Zilgien. (Revue médicale de l'Est Novembre 1891 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 1.)

Fall direct mit der Halsvorderfläche auf einen schwer belasteten Wagen. Tod in 26 Stunden. Dr. P. K.

Hysterie, Spasmus laryngeus mit Asphyxie, Tracheotomie. (Hystérie, Spasme laryngé avec asphyxie, trachéotomie.) Von Dr. Muselier. (Gazette médicale de Paris 1891 Octobre und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 1.)

Eine 23jährige Frau mußte der oben genannten Ursache wegen zweimal die Tracheotomie aushalten. Nach Verf. Ansicht war die Operation in keinem der beiden Fälle zu vermeiden. Seltene Fälle.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Aprittyria mit agraphie. (Aprittyria avec agraphie.) Von Dr. Lépine. (Revue de médecine Octobre 1891 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 1.)

Seltene Combination. Charcot führt nur einen Fall an. Laryngoscopische Untersuchung fehlt leider.

Dr. P. K.

Physiologische Form und Weite der Trachea. (La forme et le calibre physiologique de la trachée.) Von Dr. Legars. (Revue de chirurgie Avril 1891 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No 1.)

Die Rolle des hinteren knorpellosen Teiles der Trachea ist eine wichtige; continuirliche Contraction im Zustand der Ruhe; Erweiterung und Verlängerung beim Schreien, Singen etc; Annäherung des hinteren an den vorderen Teil bei absoluter Ruhe; Erweiterung nach dem Tode. Diese permanente Contraction ist practisch wichtig nach einer ausgeführten Tracheotomie, indem man genötigt ist, eine engere Canüle einzulegen.

Dr. P. K.

Physiologie der Stimme und Erweiterung der Trachea bei Sängern. (Physiologie de la voix et dilatation de la trachée chez les chanteurs.) Von Dr. Nicaise. (Académie de médecine Juillet 1891 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 1.)

Die Trachea spielt eine active Rolle beim Singen; selbe erweitert und verlängert sich beim Inspirium, hilft also den Inspirationsmuskeln im Momente der Tonbildung. Erkrankungen der Trachea schaden demnach der Stimmbildung sehr, ebenso der Intensität und der Klangfarbe. Der Mißbrauch der Singstimme kann auch bleibende Erweiterung der Trachea nach sich ziehen.

Dr. P. K.

Gummata der Mandeln. (Gomme syphilitique des amygdales.) Von Dr. Natier. (Annales de Policlinique de Paris 1891 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 1.)

Seltene Fälle. Schwer zu erkennen, bevor Ulceration eingetreten ist. Die frühzeitige Diagnose ist aber wichtig wegen der darunter gelegenen Blutgefäße. Das Auftreten der Krankheit auf einer Seite, das Fehlen der geschwollenen Halsdrüsen, des Fiebers und der Schmerzen genügen nicht zur Differentialdiagnose. Das Angeschwollensein des weichen Gaumens und der Uvula an der betreffenden Seite fehlen nie.

Dr. P. K.

Spaltung der Mandeln. (Discision des amygdales.) Von Dr. Gampert. (Gazette des hôpitaux Septembre 1891 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 1.)

Verf. giebt in seiner Inauguraldissertation die Methode der Mandelspaltung; die Crypten werden so offen an den Tag gelegt und ihr Inhalt entfernt; Verf. bedient sich eines stumpfen und eines spitzen Häkchens. Diese Methode sei der Amgydalotomie und der Igniipunctur vorzuziehen; es seien bis zu zehn Sitzungen nötig; nach jeder Sitzung gurgeln mit Borsäure oder Jodlösung.

Digitized by Google

Verf. weiß wahrscheinlich nicht, daß seine Methode des Werts der Neuigkeit entbehrt, weil diese Methode bereits vor drei bis vier Jahren von Moritz Schmidt empfohlen wurde; letzterer bedient sich einfach eines von den Ophtalmologen angewandten Schielhäkchens. (Der Ref.)

Dr. P. K.

Behandlung des Kropfes mittelst Jodoformaether. (Traitement des goitres par l'éther jodoformé.) Von Dr. Dury. (Annales de la société medico-chirurgicale de Liège 1692 No. 6.)

Jodoform in Aether aufgelöst bietet alle die Vortheile, welche man von Jod auf die parenchymatösen Kröpfe erwarten kann: Jodreichtum, große Toleranz der Gewebe, das Jod wird nur langsam abgegeben und ist seine Wirkung demnach nachhaltiger; Verf. wendete 10 proc. Lösung an, sticht gleich die Nadel allein bis an die untere Grenze des Tumors ein, fixirt dann erst die gefüllte Spritze auf die Nadel und spritzt 2 bis 3 Tropfen ein; dann zieht er die Spitze der Nadel ein wenig nach rückwärts und giebt ihr eine andere Richtung, worauf er wieder 2 bis 3 Tropfen einspritzt; so verfahrend spritzt er den ganzen Inhalt der Pravaz'schen Spritze in die verschiedensten Theile des ganzen Tumors ein. Wichtig dabei ist, daß man von Zeit zu Zeit eine kleine Pause macht, damit die Verdünstung des Aethers, welche ja bei der Körpertemperatur schon eintritt, keine zu große Spannung hervorruft; andererseits hat dieses Spritzen des bei der Körpertemperatur schon kochenden Aethers die Eigenschaft, das Jodoform in die Gewebe hinein zu bringen. Die Operation ist schmerzlos; das Treffen eines Blutgefäßes ist ein unbedeutender Zufall, weil immer nur 2—3 Tropfen injicirt werden. Verf. hat 43 Fälle geheilt. Nie kommt entzündliche Reaction, höchstens haben die Patienten das Gefühl der Spannung. Es werden je nach der Größe des Tumors in einer Sitzung 1—6 Gramm Flüssigkeit eingespritzt. Es soll wegen der langen Dauer der Wirkung blos alle 2—3 Monate eingespritzt werden.

Dr. P. K.

Die Symptome und pathologischen Veränderungen in den oberen Luftwegen bei Influenza. (The symptoms and pathological changes in the upper air passages in Influenza.) Von J. Solis-Cohen. M. D. Philadelphia. New York med. Journ. 1892. März 26.

Verf. führt die von anderen Autoren veröffentlichten Ansichten und Beobachtungen an. Er beschreibt, daß er auch das feuchte, gedunsene Aussehen der Schleimhaut gesehen, namentlich auch die Schwellung unter dem Unterkiefer, welche der Agina Ludovici sehr ähnlich sein soll, ferner Lähmungen, denen nach Diphtherie sehr gleichend. Durch die Gefäßverbindungen nach dem Gehirn seien die auffallenden Fälle von Meningitis zu erklären und durch die venöse Stauung ein Teil der nervösen Symptome. Verf. hat zwei Fälle beobachtet, in welchen die Influenza einen höchst günstigen Einfluß einmal auf ein Carcinom des Gaumens bei einem Achtziger und einmal bei einer hochgradig in Kehlkopf und Lungen erkrankten phthisischen Kranken gehabt. Beide wurden geheilt! Verf. führt dann an, daß er auch einige Fälle gesehen, in welchen ein Erysipel denselben günstigen Einfluß auf Tuberculose, Syphilis und Carcinom gehabt habe. Er habe sich aber noch nicht getraut, dasselbe in

Digitized by Google

Fällen von diesen Krankheiten im Halse einzuimpfen, es aber seinen chirurgischen Collegen für Fälle von Krankheiten dieser Art auf den äußeren Bedeckungen des Körpers empfohlen.

Dr. Moritz Schmidt.

Retropharyngealer Abscess bei einem Kinde, Tracheotomie, Einschnitt, Heilung. (Retropharyngeal abscess in a child, tracheotomy, incision, recovery.) Von Albert Carless, London. Lanc. 1892, August 27.

Verf. erwähnt erst einen Fall von Taylor, in welchem der durch Caries verursachte Abscess bis zu dem Zwerchfell reichte, einen weiteren von Gray, in welchem Tracheotomie wegen der Athemnot gemacht wurde, ehe der Abscess entdeckt worden war, und einen von Mackenzie, in welchem nachher eine secundäre Erkrankung des Ringknorpels sich entwickelte. Verf.'s Fall betraf ein 19 Monate altes Kind, welches mit größter Athemnot in das Hospital aufgenommen, nachdem es schon einige Tage in einem anderen Hospitale wegen eines Hustens behandelt worden war, wobei offenbar die richtige Diagnose nicht gestellt wurde. Die Eröffnung geschah von außen durch einen Einschnitt hinter dem linken Sternocleidomastoideus. In zwei Wochen wurde das Kind geheilt entlassen. Verf. spricht sich zu Gunsten dieser Eröffnungsmethode aus, worin er gewiß recht hat bei größeren Abscessen. Man geht zwischen dem hinteren Rande des Sternocleidam-astoideus und den Procc. transvv. der Wirbel ein.

Prof. M. Schmidt.

Gastrotomie wegen Strictur der Speiseröhre im Alter von vier Jahren. (Gastrotomy for Stricture of the oesophagus at the age of four.) Von Mr. Clutton. Lanc. 1892, Juni 4.

Ueber den Fall wurde in der clinical society of London berichtet. Die Strictur entstand durch Trinken von kaustischer Soda. Nach der Operation wurde der natürliche Weg durch Bougieren wiederhergestellt.

Dr. Moritz Schmidt.

Notiz.

Unser geehrter Mitarbeiter, Herr Dr. Onodi in Budapest, welcher von der königl. ung. Academie der Wissenschaften mit der Ausarbeitung einer Monographie über Physiologie und Pathologie der Innervation des Kehlkopfes betraut ist, läßt hiermit an die geehrten Herren Collegen, welche über dieses Thema gearbeitet haben, die Bitte ergehen, ihm die Werke oder Journale einzusenden oder namhaft zu machen, wo ihre Arbeiten erschienen sind. Adresse: Budapest, Altgasse 12.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen gesetzt honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Digitized by Google

INHALT.

I. Originalien: Cholewa: Ueber die Sondirbarkeit der Stirnhöhlen. (Schluss). — E. Schwartz: Zur Lehre von den Erkrankungen der Highmorshöhle. — Demme: Zwei seltene Geschwülste der Mundhöhle. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Grünwald: Therapie der Gehörgangsfurunkel. — Cohn: Nystagmus bei Ohraffektionen. — Gellé: Eiterige Otitis. — Baratoux: Parasitäre Otitis externa. — b) Rhinologische: Strazza: Rhinitis caseosa oder cholesteatomosa. — Aronsohn: Dermatol zur Nachbehandlung nach galvanocaustischen Operationen in der Nase. — Heymann: Gutartige Geschwülste der Highmorshöhle. — Thorner: Soor des Rachens als Begleiterscheinung der Influenza. — Schiffers: Nasenstein. — Simanovski: Deviation der Nasenscheidewand. — Spicer: Medicinische Cylinder für die Nase. — Berlioz: 4 Nasensteine. — Luc: Doppelter submucöser Abscess der Nasenscheidewand traumatischen Ursprungs. — Le Roy: Schleimpolyp in der Nase eines Neugeborenen. — Lubert-Harbon: Störungen durch adenoide Vegetationen im Säuglingsalter. — Délie: Adenoide Vegetationen des Nasenrachenraumes. — c) Pharyngo-laryngologische: Jacoo: Abcess der hinteren Trachealwand. — Peter: Larynxentzündungen bei Typhus. — Luc: Diffuses Fibroadenom der Pharynx- und Larynxschleimhaut. — Luc: Acute syphilitische Larynxstenose. — Burger: Ueber die centripetale Leitung des nervus laryngeus inferior und die pathologische Medianstellung des Stimmbandes. — Thorner: Gutartige Geschwülste des Kehlkopfes. — Regnault: Ueber Erweiterung der Wangen bei Glasarbeitern. — Liredey: Tabes dorsalis und Hysterie. — Sandford: Labioglosso Laryngxlähmung. — Caselli: Spontanes anevrysma des Truncus brachiocephalicus. — Le Dentu: Aneurysma des truncus brachiocephalicus und der Carotis communis. — Cartaz: Fall von doppelseitiger Posticuslähmung. — Lampiasi: Untersuchungen über die Ursache der Hirnerweichung infolge von Ligatur der carotis communis. — Chalot: Totale angeborene Halsfistel. — Gley: Convulsionen nach Thyroidectomie. — Troisier: Hysterisches Stummsein. — Schmiegelow: Ein Fall von Larynxadenom. — Ragoneau: Laryngitis durch Radfahren. — Buisseret: Blutungen bei Amygdalectomie. Zahnextraction durch Cocain. — Schiffers: Tracheal- und Laryngealstenose durch Compression. — Bernard: Tracheotomie und Schlundsondenernährung. — Schiffers: Fremdkörper der Speiseröhre. — Ferver: Tod durch Cocain. — Montavano: Fremdkörper im Larynx. Aubert: Blutegel im Larynx. — Montaz: Fremdkörper der Trachea durch Tracheotomie entfernt. — Charazac: Fremdkörper in den Luftwegen. — Pellegrini: Ein Fall von Luftkropf. — Déjérine: Farbige Geschmacksempfindung. — Abate: Dysphagie wahrscheinlich corticalen Ursprungs. — Dewèvre: Uebertragung der Tuberculose durch Wanzen. — Geffrier: Chloroform bei Tracheotomie. — Zilgien: Experimentelle Studien über die Fractur der Larynxknorpel. — Zilgien: Fractur der cartilago thyroidea und cricoidea nebst trachea. — Muselier: Hysterie, Spasmus laryngeus mit Asphyxie. — Lépine: Aprittiria mit Agraphie. — Legars: Physiologische Form und Weite der Trachea. Nicaise: Physiologie der Stimme. — Natier: Gummata der Mandeln. — Gampert: Spaltung der Manteln. — Dury: Behandlung des Kropfes mittelst Jodoformether. — Solis-Cohen: Die Symptome und pathologischen Veränderungen in den oberen Luftwegen bei Influenza. — Carless: Retropharyngealer Abscess bei einem Kinde. — Clutton: Gastrotomie wegen Strictur der Speiseröhre im Alter von 4 Jahren. III. Notiz — IV. Inserat.

INSERATE.

Medicinischer Verlag von Boas & Hesse, Berlin N.W. 6.

Soeben erschien in unserem Verlage:

Tafel des menschlichen Gehörorganes

in Farbendruck und mit erklärendem Text von

Dr. med. G. Sandmann

Specialarzt für Ohren-, Nasen- und Kehlkopf-Krankheiten in Berlin.

Preis 12 Mark.

Die Tafel zeigt das menschliche Gehörorgan in 14-facher Vergrösserung. Der Text bildet einen Arbriss der Anatomie des menschlichen Gehörorgans.

Zu beziehen durch jede Buchhandlung des In- und Auslandes, sowie von der Verlagsbuchhandlung

Berlin N.W. 6.
Luisenstr. 42, Eingang Karlstr.

Boas & Hesse
Specialgeschäft für Medicin.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz).
Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthinerstr. 32.
Druck von Emil Billig, Berlin SW., Lindenstrasse 53.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof. Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER	**Dr. N. RÜDINGER**	**Dr. v. SCHRÖTTER**
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Univers. **Wien**	o. ö. Professor der Anatomie a. d. Universität **München**	o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität **Wien**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 2 bis 3 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXVI. **Berlin, October 1892.** **No. 10.**

I. Originalien.

Zur Behandlung der paraauricularen Abscesse und der acuten Mittelohreiterung.

Von

C. Ziem.

I. Daß man bei Abscessen in der Umgebung des Ohres zunächst eine tüchtige Incision zu machen hat, ist selbstverständlich; es fragt sich nur, was dann weiter geschehen soll. Ueber diesen Punkt findet man noch in der allerneuesten Zeit sehr verschiedene Ansichten. Roosa z. B. läßt nach dem Einschneiden Kataplasmen auflegen und die Oeffnung kürzere oder längere Zeit, oft Monate lang offen erhalten, nach J. Gruber hingegen wird nach Entleerung des Eiters die Abceßhöhle mit einer antiseptischen Flüssigkeit ausgewaschen, dann ein Drainrohr eingeführt und ein Compressionsverband angelegt, der zugleich eine expulsive Einwirkung anf den Eiter ausüben soll und 24 Stunden oder noch länger liegen bleibt. Bei profuser Eiterung allerdings kann man auch nach Gruber geeigneter Verbandwässer öfters nicht entbehren. Ohne Weiteres ist einzuräumen, daß das Verfahren Gruber's den auf den übrigen Gebieten der Chirurgie geltenden Grundsätzen entspricht. Bei allen Phlegmonen wird ja noch jetzt in ausgiebiger Weise drainirt und selbst H. Schmidt in Stettin, der im Anschlusse an Neuber und andere Chirurgen die Wunddrainage für

Digitized by Google

von vornherein aseptische Wunden, besonders also für unter antiseptischen Maßregeln angelegte Operationswunden für überflüssig oder selbst schädlich erklärt, hält die Drainage doch für die Wunden für unerläßlich, bei welchen es von vornherein um Eiterung und möglichst schnelle Begrenzung der zerstörenden Wirkung einer solchen sich handelt.

Wenn aber Schmidt an einer andern Stelle seiner lesenswerthen Abhandlung sich dahin äußert, daß „auch unter den günstigsten Verhältnissen, wo die Wunden so gestaltet sind, daß durch Einlegen von Röhren das sich bildende Wundsecret, wie es auch sein mag, directen Abfluß haben kann, entsprechend dem natürlichen Abfalle, doch die durch den antiseptischen Verband ausgeübte Compression es sehr fraglich erscheinen lassen müsse, ob nicht ebenso wie die Wunden selbst, so auch die Röhren comprimirt werden und dadurch die Möglichkeit der erwarteten Leistung von vornherein ausgeschlossen sei", daß thatsächlich „in der Zeit der noch nicht sicheren Asepsis der Absceß trotz der Röhren oft hart hinter dem Ende derselben begann nnd eben nicht so freundlich war, durch die Röhren sich ableiten zu lassen" —, so müssen diese Verhältnisse offenbar doch auch für bereits inficirte, für eiternde Wunden von Bedeutung sein: eine Compression des Gummiröhrchens durch den Druckverband wird natürlich auch dann stattfinden können, wenn dasselbe in eine Abscßhöhle eingelegt ist. Aus diesem Grunde also müßte man einfache, oder zur Beruhigung des Gewissens irgend ein Antisepticum enthaltende Muslinstreifen zur Einleitung der Drainage den Hohlröhren vorziehen, wie das ja auch Schmidt und ebenso, für das hier besonders interessirende Gebiet, Urbantschitsch thut. Aber mit vollem Rechte hebt Schmidt weiter hervor, daß es bei profuser Eiterung nicht mehr um den länger liegenden antiseptischen Verband, als vielmehr um häufigen Wechsel desselben sich handelt und daß an die Stelle des Compressionsverbandes, dann der täglich 1 oder 2mal zu wechselnde, feuchte antiseptische Verband zu treten habe und in diesen Fällen hat nach Schmidt eine umsichtige und mehrfache Drainage „ihren vollsten und lebensrettenden Werth." Setzt man für das Wort Drainage noch den richtigeren, der Sache mehr entsprechenden Ausdruck „Offenerhalten" der Wunde ein, so kann man den Ausführungen Schmidt's ja beistimmen; gewiß werden viele, auch paraauriculare, Abscesse in der hier geschilderten Art und Weise zu mehr oder weniger schneller Heilung gebracht werden können. Aber dasselbe ist, wenigstens in der Privatpraxis, auch noch auf andere Art und Weise zu erreichen, ohne daß man Jodoformmuslin und dergleichen in die Wunde eingeführt hätte. Tausende und Tausende von Wunden sind ohne Jodoformgaze und Jodoformdocht geheilt worden und werden auch in der Zukunft, wenn man Jodoformgaze und Jodoformdocht vielleicht nur noch dem Namen nach kennt, ohne derartige im Grunde genommen, doch recht künstliche Verbandmittel zur Heilung kommen können. Auch in den der Cultur noch nicht erschlossenen Gegenden, wie z. B. in Centralafrika gelangen nach Schweinfurth's Berichten Abscesse zu schneller Heilung; in Gegenden also, wo Jodoform, Jodol, Sozojodol, Thiol, Lysol, Dermatol und wer weiß was sonst noch, kurz der ganze antiseptische Apparat unbekannte Dinge sind. Hat ferner doch auch einer der bedeutendsten Chirurgen dieses Jahrhunderts, N. Pirogoff, nach seinem eigenen Geständnisse, allerdings in der vorantiseptischen Zeit, die glücklichsten Resultate während seiner ganzen ärztlichen Laufbahn,

Digitized by Google

nicht in palastartigen Krankenhäusern, sondern auf dem Lande, auf seinem Gute in Podolien erzielt, unter Verhältnissen, wo der Operation eine sorgfältige Nachbehandlung nur selten folgen konnte, wo die von weit her zusammenkommenden Kranken in Bauernhäusern oft ursprünglichster Art Unterkunft fanden und manchmal Tagelang ohne Verbandwechsel verblieben. Unter ein paar Hundert bedeutenden Operationen, wie Amputationen, Resectionen, Steinschnitte, Exstirpationen von Geschwülsten, Plastiken etc., die Pirogoff im Verlaufe von anderthalb Jahren dort ausgeführt, hat er nicht ein einziges Mal Erysipel oder Pyämie beobachtet und überhaupt nur einen Operirten und zwar nach einer Lithotripsie verloren.

Schon seit d. J. 1882 habe ich bei der Behandlung von Phlegmonen der Extremitäten, von Abscessen der Brustdrüse, des Perinaeum, des Rückens, Nackens, Halses, der Lider und Gesichtshaut sowie der paraauriculären Gegend des folgenden, wie mir scheint, sehr einfachen Verfahrens mich bedient, das auf die Anwendung des Honigs als erweichenden und zusammenziehenden Mittels in der leider viel zu wenig berücksichtigten Volksmedicin vornehmlich bei „Wurm" an den Fingern, bei Panaritien sich gründet. Man läßt einen Theelöffel voll rohen, nicht gereinigten Honigs mit 1—1½ Theelöffel Roggenmehl zu einem steifen Brei zusammenkneten, streicht denselben dann auf einen leinenen Lappen recht dick, bis fingerdick auf und umwickelt oder bedeckt die erkrankten Stelle, im vorliegenden Falle also die ganze Ohrgegend hiermit; darüber kommt eine tüchtige Lage Watte und eine Binde oder ein dreieckiges Tuch. Nach 5 oder 6 Stunden wird der Brei mit warmem Seifenwasser abgewaschen und dann von Neuem verbunden. Man fährt so fort, bis deutliche Fluctuation vorhanden ist. Nun macht man eine recht breite Incision, schwemmt ohne die Wundränder mit den Fingern zu quetschen, mittelst der Mayer'schen Druckpumpe und warmer Borax- oder Seifenlösung den Eiter möglichst gründlich heraus und legt die Honigpaste von Neuem auf, um sie nach 6 Stunden oder etwas später abermals zu erneuern. So fährt man ein paar Tage fort, worauf der Absceß meistens geheilt ist.

Hierzu ist noch Folgendes zu bemerken.

1. die Wirksamkeit des Verfahrens beruht darauf, daß a) der Verband sich sehr allmählig erwärmt, wobei der Infiltration oder dem Abscesse in gleichmäßiger und stetiger Weise Wärme entzogen wird, mehr gleichmäßig und stetig, als dies bei andern, auch bei den Prießnitz'schen Umschlägen der Fall ist. Will man überhaupt durch Einwirkung von Wasser oder Eis Wärme entziehen, so ist es bei Weitem besser, dies durch Vermittelung eines auf die Haut aufgelegten und liegen bleibenden nassen Tuches zu thun, das dann seinerseits, entweder durch aufgelegte Wechselcompressen oder durch Eisbeutel kühl gehalten wird, worauf zuerst wohl Winternitz aufmerksam gemacht hat, dessen bei Krankheiten des Kopfes angewendete Kühlklappe das Vorbild für die von Politzer, Schwartze u. a. A. bei Periostitis mastoïdea empfohlenen Leiter'schen Kühlröhren gewesen ist. Aber vor diesen wie auch vor den feuchtwarmen Umschlägen, die bei Periostitis mastoidea von Heineke, z. Th. auch von Urbantschitsch empfohlen, von Anderen aber ohne Weiteres verworfen werden, hat das in Rede stehende Verfahren den Vorzug nicht nur der viel größeren Einfachheit, sondern auch der erheblich größeren Annehmlichkeit, wie man das ge-

Digitized by Google

legentlich einer Abscessbildung an dieser oder jener Körperstelle am Besten und eindringlichsten an sich selbst feststellen kann. Viele Kranke haben mir angegeben, daß die Application der Paste eine so recht beruhigende Einwirkung ausgeübt hat, die bei Anwendung von Wasser in dieser oder jener Form oder bei Kataplasmen zuvor nicht vorhanden gewesen war. Am ehesten noch ist das Verfahren der durch Auflegen von nassem Lehm, z. B. bei Orchitis erzielten stetigen Wärmeentziehung zu vergleichen, es ist aber in entsprechenden Fällen wirksamer als das letztere, weil bei ersterem noch hinzukommt

b. die wasserentziehende Wirkung, welche der Zucker auf die seröse oder eitrige Infiltration der Gewebe ausübt. Daß diese Ansaugung bei einer schon vorhandenen Trennung der Continuität der Hautdecke wirklich eintritt, ist wohl zweifellos und es findet hierbei also auch eine Art von capillarer Drainage der Abscesshöhle statt, was einer meiner Kranken einmal recht treffend als ein „Heraussiebern" bezeichnet hat, — ob aber auch bei nicht getrennter Haut, durch die Poren derselben hindurch, ein derartiges Ansaugen stattfinden kann, ist mir nicht bekannt. In jedem Falle ist durch dieses wasserentziehende Moment ein wesentlicher Unterschied auch gegenüber der Wirkung der Salben zugegeben, die als Kühlmittel ja so oft vortreffliche Dienste leisten, bei vorhandener Eiterung aber fast immer sehr ungünstig einwirken, — dadurch nämlich, daß sie durch Verstopfung der Poren das Zurückhalten des Wassers oder des Eiters in dem Gewebe begünstigen, wovon ich erst in diesen Tagen bei einer eiternden und mit starkem Oedem der Umgebung verbundenen Wunde des Oberlides mich überzeugt habe, die dann bei Anwendung der Honigpaste mit geradezu überraschender Schnelligkeit zur Ausheilung gelangt ist.

2. Man nehme rohen, ungereinigten Honig, der wirksamer ist als das mel depuratum der Apotheken. Man destillirt, rectificirt, purificirt und corrigirt da an manchen Sachen so viel herum, bis von dem Ursprünglichen, an und für sich Guten, nicht viel oder nichts mehr übrig geblieben und statt einer Verbesserung eine Verschlechterung des Präparates eingetreten ist, was bezüglich des Glycerin der Apotheken schon E. Senger in Crefeld gefunden hat und was auch für das mel depuratum zutrifft, das sowohl an seinen feinen aromatischen und antiseptischen Bestandteilen als besonders auch an seiner bekanntlich gleichfalls antiseptischen Ameisensäure oft wesentlich eingebüßt hat und dann nicht viel mehr als eine Zuckerlösung darstellt.

3. Es ist von Bedeutung, den Verband mit einer dicken Schicht Watte zu umgeben, da die Abkühlung sonst eine zu starke wird. Manchmal zur Beobachtung kommendes Reißen bei Anwendung der Paste dürfte auf dieses Versehen zurückzuführen sein, so wie ich das erst neuerdings in einem sehr überzeugenden Falle einmal beobachtet habe. Andere Male traten Schmerzen und Spannung auf, wenn

4. der Verband zu lange gelegen hat und angetrocknet ist, so daß die Wundränder, sofern eine Incision schon gemacht, an einanderkleben und ein Absickern des Eiters gehemmt ist.

5. Mit der Incision warte ich seit einigen Jahren stets so lange, bis Fluctuation vorhanden ist, nicht nur deshalb, weil manche Personen einen Einschnitt, bei welchem Eiter sich nicht entleerte, doch recht übel vermerken, sonder auch deshalb, weil so manche Anschwellungen der regio

Digitized by Google

mastoidea unter Einwirkung dieses Verbandes sich zurückbilden. Das habe ich erst kürzlich wieder bei einem Arbeiter der hiesigen K. Werft gesehen, wo in Folge einer auf trockenem Wege behandelten acuten Mittelohreiterung eine Periostitis mastoid. sich eingestellt und zu starker Abdrängung der Ohrmuschel Veranlassung gegeben hatte, unter Verhältnissen also, wo man nach Schwartze's Erfahrung mit der Incision nicht zögern soll, selbst wenn Fluctuation noch fehlt. Andererseits ist es für mich nicht recht verständlich, aus welchem Grunde man bei schon bestehender Fluctuation anstatt zu incidiren, noch Kälte und Jodanstrich anwendet, wie das in einigen bei Urbantschitsch angeführten Fällen und noch dazu mit günstigem Erfolge geschehen ist.

6. Auch ohne Incision gelangen bei Anweindung der Paste manche Abscesse und zwar durch Selbstentleerung zur Ausheilung aber durch eine Incision wird der Proceß offenbar sehr abgekürzt. Außerdem kann man im letzteren Falle, bei breiter Eröffnung, die Eiterhöhle viel gründlicher ausschwemmen, worauf besonderer Wert zu legen ist.

7. Die Kranken bleiben während der Abscedirung am Besten in gleichmäßiger (Zimmer) Temperatur, sind sie aber gezwungen, vornehmlich zum Zwecke des Verbandwechsels über die Straße zu gehen, dann müssen sie gegen die Einwirkung von Kälte oder Zug auf die erkrankte Partie sich gehörig schützen.

8. Was nun die Erfolge betrifft, so wurde gleich bei dem ersten Kranken, den ich vor jetzt mehr als 9 Jahren so behandelt, eine ausgezeichnete Wirkung erzielt. Es war das der Zimmermann D. in Hamburg, der mit starker Eiterung des Mittelohres, Schwellung und Druckempfindlichkeit der Hinterohrgegend Mitte December in meine Behandlung getreten ist und bei welchem ich zuerst glaubte, daß eine Eröffnung des antr. mastoid. nothwendig werden würde; aber schon bald stellte sich heraus, daß Letzteres abkömmlich sei und bereits zu Weihnachten war der Kranke so zu sagen über den Berg, um dann bald ganz hergestellt zu sein. Von besonderem Interesse bei diesem Falle war noch, daß Durchspülungen des Mittelohres gar nicht, die Ausspülungen vom äußeren Gehörgange aus, in recht primitiver Weise, d. h. mittelst einer Stempelspritze von mir gemacht worden sind, so daß der Hauptantheil bei dem Erfolge offenbar der Anwendung der Paste zukommt. Dasselbe war in dem Falle des Arbeiters N. der hiesigen Gewehrfabrik zu constatiren, den ich im Juni 86 in seiner Behausung behandelte, nachdem er 14 Tage lang mit Kataplasmen traktirt worden war, ohne daß jedoch die heftigen Schmerzen in und hinter dem Ohre nur im geringsten nachgelassen hätten und bei welchem ich dann eine sehr starke, mit Pulsation verbundene Eiterung des Mittelohres und Schwellung in der regio mastoidea vorfand; sofort mit dem ersten Auflegen der Paste ließen die Schmerzen nach und nach etwa 8 Tagen war der Kranke soweit gebessert, daß er auf das Land zu seinen Verwandten gehen konnte, ist dort dann aber ganz plötzlich und unerwartet gestorben. Noch in anderen Fällen wurden Durchspülungen des Mittelohres mittelst des Katheters nicht vorgenommen, z. B. bei dem Gutsbesitzer T. aus der Gegend von Mewe, der mit heftigsten Schmerzen in und hinter dem Ohre, mit starker Schwellung der Schleimhaut des Mittelohres und der Hinterohrgegend und perforirtem Trommelfelle im Juli 87 in meine Behandlung eintrat und, alle 5 oder 6 Stunden den Verband wechselnd, nur 7 Tage

Digitized by Google

bei mir sich aufzuhalten brauchte, worauf er nach Hause entlassen werden konnte; 2 oder 3 Jahre später habe ich erfahren, daß es ihm dauernd gut ergehe.

Auf den genannten Umstand, auf die Unterlassung von Durchspülungen durch die Tube in den erwähnten Fällen ist deshalb ein besonderer Wert zu legen, weil schon allein durch solche nach Politzer's Erfahrung Ostitis und Periostitis mastoidea oft von selbst zurückgehen. Die Bedeutung dieser Beobachtung soll selbstverständlicher Weise ganz und gar nicht unterschätzt werden, aber es giebt thatsächlich doch Fälle, in welchen sogar bei großer Uebung auf diesem Gebiete die Durchspülung durchaus nicht gelingt, weil die Schwellung der Schleimhaut, sei es nun der Tube oder des Mittelohres, eine zu starke ist; in solchen Fällen, selbst wenn die äußere Schwellung eine so bedeutende war, daß Oedem der Lider zustande gekommen ist, gelingt die Durchspülung öfters sofort, wenn einen, oder ein par Tage lang jener Verband aufgelegt worden und durch dessen Einwirkung auch die innere Schwellung zurückgegangen ist, wovon ich soeben, während ich dies schreibe wieder einmal auf das Anschaulichste mich überzeugt habe und zwar in der Weise, daß jetzt sogar schon ohne Hilfe des Tubenkatheters, mittelst nur vom äußeren Gehörgange aus eingespritzten Salzwassers die Trommelhöhle durchgespült werden kann, sodaß die Flüssigkeit aus der Tube frei abfließt. Gelingt die Durchspülung, so ist das ein vortreffliches Verfahren um die Krankheitsdauer abzukürzen, gelingt sie aber nicht, so lege man den Verband ruhig weiter auf. Bei dieser Gelegenheit sei übrigens nochmals, wie das neuerdings schon von verschiedenen Seiten her geschehen ist, vor dem Einblasen von Luft mittelst des Katheters bei noch bestehender Entzündung abgerathen, weil hierdurch, selbst bei weiter Perforation im Trommelfelle, Luft und mit dieser auch Eiter in das antr. mastoid. hineingeschleudert werden kann, wovon man sowohl mittelst sehr einfacher Experimente an einem eine seitliche Oeffnung tragenden Gummischlauch als auch zuweilen selbst durch eine der folgenden ähnliche Beobachtung an Kranken sich überzeugen kann. Bei dem Malermeister P. von hier, der im April 88 mit einer schon Wochen lang behandelten Eiterung des Mittelohres und starker Anschwellung hinter und oberhalb des Ohres, in meine Behandlung getreten und bei welchem 4 Tage später durch Incision eine sehr bedeutende Menge von Eiter entleert und dann jene Paste mit vortrefflicher Wirkung weiter aufgelegt worden war, wollte ich etwa 8 Tage nach der Incision eine Durchspülung des Mittelohres mittelst des Katheters machen, welcher ich denn unter durchaus nicht starkem Drucke eine oder zwei Probeeinblasungen von Luft voraus gehen ließ; hierbei klagt nun der Kranke mit einem Male über Schmerz hinter dem Ohre und bei genauerem Zusehen findet sich in der oberen Hälfte der Hinterohrgegend, an einer Stelle, welche entweder einem Abschnitte der Sutura mastoideo-squamosa Gruber's oder einer sonstigen Ossificationslücke entsprechen mochte, eine etwa Kleinfingerbeergroße Anschwellung von Luftkissenartiger Consistenz, die sich etwas zusammendrücken ließ, aber sich selbst überlassen wurde und dann schon am nächsten oder zweiten Tage gänzlich verschwunden war. Durch Vermittelung dieser Spalte mußte, wie das Emphysem — in diesem wie auch in dem in der ohrenärztlichen Litteratur wohl wenig bekannt gewordenen, von Jos. Schmidt beobachteten Falle — so auch früher der Entzündungsproceß nach Außen

Digitized by Google

hin fortgeleitet worden sein. Seit dieser Beobachtung lasse ich einer Durchspülung der Trommelhöhle bei acuten Entzündungen eine Lufteintreibung nicht mehr vorausgehen, da man auch ohne eine solche beurteilen lernt, ob der Katheter richtig sitzt oder nicht.

Natürlich verlaufen nicht alle Fälle so schnell wie mehrere der im Vorhergehenden erwähnten und ich habe verschiedene Kranke auch 3 und 4 Wochen und selbst wie den oben erwähnten Arbeiter, bei welchem die Pulverbehandlung zu einer richtigen Retention des Eiters und starker Infiltration der Hinterohrgegend geführt hatte, bis 7 Wochen lang behandelt, wobei der Kranke allerdings nur etwa 14 Tage arbeitsunfähig war und schließlich ein fast normales Hörvermögen und vollständigen Ersatz des Trommelfells erlangte; aber selbst wenn bei ausgedehnterem Beobachtungsmaterial, als mir das bisher zu Gebote stand, durchschnittlich eine etwas längere Behandlungsdauer bei der hier empfohlenen Methode sich ergeben sollte, so dürfte dieselbe immer noch eine wesentlich kürzere sein, als sie bei so vielen derartigen, anderwärts und in anderer Weise behandelten und mir dann zugehenden oder aus der Litteratur mir bekannt werdenden Krankheitsfällen zu sein pflegt. Auch sei zur Stützung dieser Ansicht nochmals erwähnt, daß ausgedehnte Abscesse der Extremitäten, des Rückens, der Brustdrüse und anderer Körpertheile unter dieser Behandlung nicht selten in wenigen Tagen zur Ausheilung gelangen, während ich andererseits Kranke kenne, die bei derartigen Affectionen Wochen und Monate lang mittelst der famosen Jodoformstreifen behandelt worden sind. Das Verfahren muß zunächst einmal im Großen versucht werden, und vielleicht nimmt ein Leiter einer großen Ohrenklinik desselben sich an. Eine derartige Aufforderung dürfte übrigens um so mehr gerechtfertigt sein, als weder die jetzt vielfach übliche Eisbehandlung noch das Kataplasmiren so gar günstige Erfolge aufzuweisen hat, sondern im Gegentheile „trotz permanenter Application von Eis“ oder anderer Substanzen ausgedehnte Wanderabscesse nicht selten vorkommen (Schwartze, Gruber, Urbantschitsch, Blau), die bei den Versuchen mit der Honigpaste mir noch nicht begegnet und bei deren Anwendung möglicher Weise überhaupt oft vermeidbar sind.

Zur Empfehlung des Verfahrens möge noch dienen die analoge Verwendung

1) der Zuckerverbände, die in manchen chirurgischen Kliniken, besonders in der Straßburger Universitätsklinik gebräuchlich waren oder vielleicht auch noch sind, die in v. Hacker's Anleitung zur antiseptischen Wundbehandlung eine Erwähnung leider aber nicht gefunden haben,
2) anderer zuckerhaltiger Substanzen, wie der Mohrrüben bei gewissen Augenkrankheiten, der Feigen oder großen Rosinen bei Zahn-, Mandel- und Gaumenabscessen, mit welchen man trotz der in manchen Receptsammlungen beliebten Ersetzung ihrer und des Honigs durch das matte Glycerin und ähnliches oft geradezu überraschende Erfolge erzielt.

II. Ich wende mich nun zum zweiten Theile meiner Aufgabe, nämlich über Behandlung der acuten Mittelohreiterung Einiges zu sagen, kann mich hierbei aber sehr kurz fassen, da vieles Hierhergehörige schon im Vorhergehenden angeführt worden ist. Seitdem ich diese Paste verwende, macht

Digitized by Google

mir die Behandlung von acuten Eiterungen des Ohres nur ganz ausnahmsweise noch Sorgen, und eine große Anzahl derartiger, z. Th. starke Pulsation der Schleimhaut aufweisender oder selbst mit heftigem Schwindelgefühl verbundener Erkrankungen sind bei 2 oder 3 wöchentlicher, einzelne sogar bei nur 1 wöchentlicher Behandlung mit vollkommener Restitution des Trommelfells und der Hörschärfe geheilt worden und die Betroffenen seit dieser Zeit, d. h. z. Th. nach Jahren auch, gesund geblieben. In einzelnen Fällen allerdings hat auch diese Methode versagt, z. Th. wenn nicht aus den schon oben unter I 3 u. 4 erwähnten, dann aus mir vorläufig unbekannten Gründen, z. Th. aber auch, weil der Krankheitsproceß bereits tiefer gegriffen und wie bei einem kürzlich ein paar Mal von mir gesehenen, seit Jahren an Eiterung des Mittelohres und Caries der Gehörknöchelchen leidenden, plötzlich von einer acuten Verschlimmerung befallenen jungen Mediciner schon zu eiteriger Meningitis und Gehirnabsceß Veranlassung gegeben hatte.

Es scheint von großem Vortheil zu sein, wenn die Paste oder selbst der unvermischte Honig mit der entzündeten Schleimhaut in unmittelbare Berührung kommt, was man einfach durch Lagerung des Kranken auf die entgegengesetzte Körperseite erzielt, wobei die allmählig sich erwärmende Substanz in das kranke Ohr hineinläuft: durch die aussaugende Einwirkung des Honigs dürfte das Zurückbleiben von Verdickungen und Verhärtungen der Schleimhaut, vielleicht auch der von Zaufal als „tote Räume“ sehr gut bezeichneten Absackungen im Bereiche des Atticus verhindert werden. Ein- oder, wenn es sein kann, zweimal täglich spüle ich das Mittelohr mit Borax- oder noch besser mit einfachem Salzwasser aus oder auch durch und wende Lufteintreibungen, wenn überhaupt, dann erst nach vollständigem Ablaufe der Entzündungen an. Gründliche Aus- oder auch Durchspülung der Nase, unter Umständen auch der Kieferhöhle, ist selbstverständlich; Ableitungen auf die Hinterohrgegend mittelst Cantharidin-Collodium in späterer Periode bringen öfters noch weiteren Nutzen.

In den nicht seltenen Fällen, wo man noch nicht weiß, ob ein im Mittelohr vorhandenes Exsudat zur Resorption oder zum Durchbruch kommen wird, habe ich die Paste oder die Eingießungen von Honig, durch welche der Durchbruch wohl gefördert werden dürfte, bisher noch nicht angewendet und werde gerade diese Frage noch eingehender studiren.

Mit einem Worte wenigstens sei noch erwähnt, daß auch bei Furunkeln des Gehörgangs wie in Milch erweichte Rosinen (Politzer), so auch der Honigbrei oft gute Dienste leistet.

Der einzige Autor m. W., welcher die Anwendung des Honigs bei Ohrkrankheiten erwähnt, Roosa, urtheilt ziemlich abfällig hierüber. Ob Letzteres etwa an der Art der Anwendung liegt, ob da vielleicht zu wenig Substanz genommen oder ein Verband nicht übergedeckt wird, ob die Auswahl der Fälle eine entsprechende vielleicht nicht ist, das entzieht sich meiner Kenntnis: jedenfalls habe ich bei den genannten Erkrankungen des äußeren und mittleren Ohres so treffliche, oft geradezu überraschende Erfolge hiervon gesehen, daß ich in Folge dessen meinerseits nicht verstehe, wie man, mit Anwendung eines klassischen Wortes, dem von Chemikern und Fabrikanten gepflegten „zügellos ergreifenden und dahin oder dorthin reißenden Triebe“ nach immer neuen und neuesten Mitteln auch auf unserem Gebiete sich ergeben mag.

Digitized by Google

Litteratur:

Blau, Bericht über die Leistungen in der Ohrenheilkunde in den Jahren 1888 und 1889. Leipzig 1890. S. 169.
Gruber, Lehrbuch der Ohrenheilkunde. 2 Aufl. 1868. S. 16. 25. 453. 489.
v. Hacker, Anleitung zur antiseptischen Wundbehandlung. 3. Aufl. 1890.
Heineke, Deutsche Chirurgie. Lfg. 31. 1882. Chirurg. Krankheiten des Kopfes. S. 10 (Fall von Jos. Schmidt) u. 17.
Pirogoff, Grundzug der Kriegschirurgie. 1864. S. 8.
Politzer, Lehrbuch der Ohrenheilkunde. 2. Band. 1882. S. 464. 637. 681.
Roosa-Weiss, Ohrenheilkunde. 6. Aufl. 1889. S. 67. 144. 286.
Schmidt H., Berliner Klinik. Heft 11. Wandlungen im Werth und in der Art der Wunddrainage. 1889.
Schwarze. Chirurgische Krankheiten des Ohres. 1885. S. 310 u. folg.
Senger, Chirurgencongress 1891. Berliner Klinische Wochenschrift S. 380 Wiener Klinische Wochenschrift S. 293.
Urbantschitsch, Ohrenheilkunde. 3. Aufl. 1890. S. 19. 381. 383. 389.
Winternitz, Hydrotherapie. 2. Band. I. 1879. S. 47.
Zaufal, Medicinische Wandervorträge. Heft 19/20. 1890. S. 7.
Ziem, diese Monatsschrift 1889 No. 11. Ueber metastatische Erkrankungen bei Nasenleiden, 1. Fall, 1892 No. 6. Ueber Anwendung von Vesicantien u. s. w. Fall P.

Beitrag zur Lehre von den Erkrankungen der Highmorshöhle.

Von

E. Schwartz,

Ohrenarzt der Augen- und Ohrenheilanstalt für Oberschlesien in Gleiwitz.

(Schluß.)

Erregt der Befund in Gemeinschaft mit der Anamnese den Verdacht einer Erkrankung der Oberkieferhöhle, wird der größte Theil der characteristischen Symptome angegeben, wie Schnupfen, migräneartige, Kopfschmerzen, Nackensteifigkeit, trockenes Gefühl in Nase und Hals, Appetitlosigkeit, Herzklopfen, und ist gar ein cariöser dens molaris im betheiligten Oberkiefer, so spricht das gänzliche Fehlen einer Eiterung bei der Untersuchung oder im Verlaufe des Leidens nicht gegen eine sekretorische Entzündung der Oberkieferhöhle, denn das Sekret braucht ja nicht eiterig zu sein. Im serösen Stadium besitzt es schon dieselben ätzenden Eigenschaften, wie später als eiteriges Exsudat, wie mich die beiden folgenden Fälle lehrten:

2. Fall. Am 5. August 1888 consultirte mich Herr Restaurateur B., 35 Jahr alt, aus Gleiwitz, wegen eines „nervösen" Schnupfens, an dem er seit 6 Monaten leide. Vor einigen Tagen habe er ein Dampfbad genommen, um sich den Schnupfen zu vertreiben, aber statt der erhofften Besserung wäre eine unerträgliche Verschlimmerung danach eingetreten. Er bekomme gar keine Luft mehr durch das rechte Nasenloch, die Nase sei ganz trocken, Ausfluß nicht vorhanden. — Leises Streichen über sein kurz geschorenes Kopfhaar rechterseits verursache ihm ein beinahe schmerz-

Digitized by Google

haftes Gefühl, während starker Druck auf die Kopfhaut keine abnorme Empfindung hervorruft. Er habe Schmerzen in der Stirn, über der Nasenwurzel, in der rechten Schläfe und im Hinterkopf bis in den Nacken. Der Appetit habe sich verringert, und er werde von Woche zu Woche magerer. Ueberhaupt wäre er schon „am ganzen Körper nervös“ und unlustig zur Arbeit.

Die Untersuchung ergab eine durchaus normale Beschaffenheit der linken Nasenhöhle. Dagegen zeigte der Boden der rechten Nasenhöhle außer einer intensiven Röthung ein eigenthümliches, ich möchte fast sagen „eczematöses“ Aussehen: er war von vorn bis hinten mit stecknadelkopfgroßen Höckern besetzt, welche lebhaft an das vesiculöse Stadium eines Eczems der äußereren Hautdecke erinnerten. Die hintere Rachenwand war deutlich von der äußeren Nasenöffnung aus zu sehen, auch die mittlere Nasenmuschel lag dem septum nicht an,[1]) trotzdessen die Empfindung, als wäre die rechte Nasenhöhle total verstopft. Bei Verschluß der linken Nasenhöhle strich die Luft in breitem Strome durch die rechte. Von Eiter war Nichts zu sehen, weder per Rhinoscopiam anteriorem, noch posteriorem, auch nicht nach Politzer's Luftdouche (Hartmann) und Bauchlage (nach Bayer). — Die auffallende Verschiedenheit der beiden Nasenhöhlen ließ nur auf eine locale Ursache rechterseits schließen. Das Nächstliegende war das antrum Highmori, da der Nasen-Rachenraum keine Schwellung oder einen anderen pathologischen Anhalt darbot. Die Sondirung der Stirnhöhle gelang mir nicht. — Von dem dens molaris I im rechten Oberkiefer waren nur noch die 3 Wurzelreste, schwarzbraun gefärbt, vorhanden. An Zahnschmerzen hat Herr B. angeblich niemals gelitten.

Nach der Extraction der cariösen Wurzel sondirte ich die Zahnfächer, ohne eine Communication mit der Highmorshöhle finden zu können. Darauf punktirte ich mit meinem Stachel von dem einen der buccalen Zahnfächer aus, welcher sehr leicht hindurchdrang, führte die Kanüle ein und spülte eine Spritze Borlösung durch, ohne auch nur eine Spur von Eiter oder Schleim zu entleeren. Trotz meiner Zuversicht auf die Richtigkeit der Diagnose enttäuscht, wollte ich die weitere Ausspülung unterlassen, als Patient, seine rechte Kopfhälfte betastend, sich sehr erfreut äußerte, daß alle seine Beschwerden plötzlich geschwunden seien. Am nächsten Tage war im Spülwasser ein kleiner Schleimballen von der characteristischen graugrünlich gelben, transparenten Farbe und zeigte sich nunmehr immer wieder, um nach 2 Monaten ganz zu schwinden.

Wenige Tage nach der Operation bekam Patient wieder frische Gesichtsfarbe, aß mit großem Appetit und ersetzte bald wieder seinen Verlust an Körperfülle. Am 3. October 1889, also ein Jahr später, consultirte er mich wegen eines anderen Leidens, wobei er mir bestätigte, daß er vollständig von dem Nasenleiden befreit geblieben ist.

Es ist meine Ueberzeugung, daß die rechte Oberkieferhöhle in diesem Falle mit serösem Inhalt gefüllt war, wovon ich bei der Ausspülung Nichts sehen konnte, da das Exsudat sich in dem Spülwasser nicht erkennen ließ.

[1]) R. Kayser: Zeitschr. f. Ohrenheilkd. XX. 1890.

Digitized by Google

Der am nächsten Tage erscheinende Schleimballen war jedenfalls durch den traumatischen Einfluß der Punktionsöffnung erzeugt in Verbindung mit der durch die cariösen Zahnwurzeln verursachten Hyperaemie im benachbarten Knochen- und Schleimhautgewebe. Das plötzliche Verschwinden aller subjectiven Beschwerden sofort nach der ersten Durchspülung dürfte auch hier, wie im vorigen und ausnahmslos in allen Fällen von Oberkieferhöhleneiterung, auf die dadurch herbeigeführte Beseitigung von Druckanomalien in dem antrum Highmori zurückzuführen sein, welche in ähnlicher Weise, wie beim glaucomatösen Zustande das Auge die Supraorbitalneuralgie verursacht, von der Kieferhöhle aus den migräneartigen Zustand unterhalten. E. Legal[1]) schließt aus der Beeinflussung der Cephalalgie durch geeignete locale Behandlung des Nasen-Rachenraumes auf eine Abhängigkeit derselben von Affectionen der Rachenschleimhaut. Ziem[2]) schilderte schon 1886 neuralgische und nervöse Begleiterscheinungen bei Nasen- und Rachenkrankheiten. Es sind also mehrere Momente, welche die Cephalalgie außerdem verursachen können.

3. Fall. Einen analogen Fall zu dem vorigen bot Frau Dr. G. in K., welche ich am 19. August 1889 operirte. Sie klagte über einen beständigen Schnupfen in der rechten Nasenhöhle, der schon 3 Monate andauerte. Die übrigen subjectiven Beschwerden waren nahezu dieselben, wie sie in dem vorigen Fall des Herrn B. ausgeführt sind. Von Eiter war Nichts nachzuweisen. Trotzdessen nahm ich sofort die Punktion vor mit dem Krause'schen Troikart, vom unteren Nasengange aus (Mikulicz), um mittels desselben zum Zwecke weiterer Ausspülungen ein Celluloidröhrchen (Partsch) einzuführen. Als ich nach Durchbohrung der inneren Kieferhöhlenwand den Führungsstachel herauszog, flossen erst schneller, dann langsamer ca. 20 Tropfen einer wasserklaren Flüssigkeit aus der Troikartkanüle ab. Die Ausspülungen mit Borsäurelösung wurden nur ca. 14 Tage lang vorgenommen, da nach Ablauf derselben das Celluloidröhrchen infolge eines unglücklichen Zufalles bei der Ausspülung herausgezogen wurde. Frau Dr. G. verweigerte die nochmalige Einführung des Celluloidröhrchens. Dennoch ist, wie mir Herr College G. wiederholt mitteilte, seine Gattin von dem Leiden geheilt geblieben.

Das seröse Exsudat der Oberkieferhöhle war hier ad oculos demonstrirt, wie man es nicht besser wünschen konnte. Die Art des Abfließens jener 20 Tropfen, erst rasch, dann langsamer, läßt darauf schließen, daß der Höhleninhalt sich unter stärkerem Druck befunden haben muß. Nachdem durch das Abfließen der geringen Flüssigkeitsmenge jegliche Spannung aufgehoben war, sistirte der Abfluß, da die natürliche Gegenöffnung, das ostium maxillare, wahrscheinlich durch entzündliche Schwellung verschlossen war. Wäre das Letztere nicht der Fall gewesen, so hätte es nicht zu einer stärkeren Spannung des Höhleninhalts kommen können; andererseits wären die 20 Tropfen eine zu geringe Menge, um die ganze Höhle ausgefüllt zu haben. — Man wird sich also vorzustellen haben, daß bei den meisten Kieferhöhleneiterungen durch Schwellung des Schleimhautgewebes an der lateralen und medianen Fläche der inneren Höhlen-

[1]) Dtsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XL. 1887. S. 201.
[2]) Diese Monatsschrift 1886. No. 8 u. 9.

Digitized by Google

wand das ostium maxillare aufgehoben wird. Die Höhle füllt sich, während die Luft in ihr resorbirt wird, bis an das Dach mit Sekret. Durch weitere Sekretion wird die Höhlenflüssigkeit in Spannung versetzt, welche soweit steigt, bis sie das Hinderniß des Verschlusses der natürlichen Abflußöffnung überwindet, wonach ein beständiges Absickern in die Nasenhöhle erfolgt. Durch dieses abnorme Druckverhältniß werden die Kopfschmerzen unterhalten, welche sofort mit der Durchspülung schwinden, da mittels derselben Luft in die Höhle gebracht wird.

Bei den oben beschriebenen drei Fällen versuchte ich auszuführen, daß bei ihnen nur die Folgen der Oberkieferhöhlenerkrankung, wie sie sich bei Einwirkung des Höhlensekretes auf die Nasen- bezw. Rachenschleimhaut zeigen, wahrzunehmen waren, während Eiter in der Nasenhöhle selbst nicht nachgewiesen werden konnte. Die Folgeerscheinungen mußten für die bei der Untersuchung nicht nachweisbare Ursache, das Höhlensekret, eintreten. — Die beiden folgenden Fälle, welche sich durch außerordentlich große Mengen von Eiter auszeichneten, möchte ich deshalb anführen, weil sie in klassischer Weise den Einfluß der ätzenden Eigenschaft des Oberkieferhöhleneiters darthun.

4. Fall. Fräulein Vally F. aus Lübzau, 24 Jahr alt, trat am 12. Januar 1888 in meine Behandlung. Sie klagte vor allem, daß sie halsleidend sei. Den ganzen Sommer über, weniger im Winter, habe sie an starkem Hustenreiz gelitten und viel Schleim ausgeworfen. Sie sei wegen Luftröhrencatarrh behandelt worden, aber ohne Erfolg. Dazu gesellten sich Anfälle von starkem Herzklopfen, die in den letzten Wochen an Häufigkeit und Stärke zugenommen hätten; der Appetit sei minimal. Die heftigsten Kopfschmerzen beiderseits in Stirn, Schläfen und Hinterkopf, außerdem eine höchst lästige Nackensteifheit hätten sie so angegriffen, daß sie kaum über das Zimmer gehen könne. Vor 6 Wochen sei auch noch die Nase erkrankt, sie habe das Gefühl, als wäre die ganze Nase voll von trockenen Schleimborken. Die Nasenspitze wäre seitdem geröthet und bei Berührung schmerzhaft. Alle Tage entleerten sich mit Blut untermischte Schleimmengen aus beiden Nasenhöhlen. Die Lippen seien ebenfalls seit dieser Zeit entzündet, sie empfinde an ihnen fortwährend ein brennendes Gefühl. Seit dieser Zeit kam ihr auch ihre Sprache stark näselnd vor und seit 14 Tagen bemerke sie einen unangenehmen Geruch, welcher von der Nase ausgehe. — Unter dem linken Auge und im linken Augapfel selbst empfinde sie öfter am Tage reißende Schmerzen. Im Halse verliere sich ein starkes Kitzelgefühl nur durch einen Schluck Wasser, oft steigere es sich zu einem schmerzhaften Brennen.

Auf Befragen giebt sie an, daß sie seit der Kindheit an Zahnschmerzen rechts und links leide. Schon seit langer Zeit seien ihre Augen so matt, daß sie weibliche Handarbeiten seit Jahren nicht mehr ausführen könne.

Patientin hat einen schleppenden Gang, ist von kräftigem Knochenbau, sehr mager, die Augengegend eingefallen, die Wangen hektisch gefärbt. Die Nasenspitze und Flügel sind geröthet, glänzend und hart, die Lippen trocken und rissig. — Die Schleimhaut beider Nasenhöhlen ist geschwellt, stark geröthet und ohne Glanz. In der Gegend des sinus ethmoidalis ist die linke untere Muschel mit weißgelbem Schleim bedeckt. Die hintere Rachenwand ist stark geröthet und trocken. Per Rhinoscopiam posteriorem wird constatirt, daß der größte Theil des Nasen-

Digitized by Google

Rachenraumes mit adenoiden Vegetationen ausgefüllt ist, zwischen welchen eine große Zahl feiner Streifen von weißgelbem Schleim sich hindurchziehen. Die Choanen sind nicht zu sehen. — Mit Ausnahme der Schneide- und Eckzähne sind alle anderen mehr oder weniger cariös. — Herz und Lungen normal.

Da sich in der linken Nasenhöhle der Eiter in reichlicherem Maaße zeigte, werden die Wurzeln des dens molaris I im linken Oberkiefer extrahirt und mit dem Stachel ohne Mühe die trennende Knochenschicht vom Zahnfach aus nach der Kieferhöhle durchbohrt. Die Ausspülung mit gesättigter Borsäurelösung beförderte eine große Menge süßlich stechend riechenden Eiters heraus; erst nachdem ca. 1¼ Liter Spülflüssigkeit die Höhle passirt hatte, kam das Wasser ungetrübt zurück. Nach wenigen Tagen entleerte sich nur noch Schleim von weißgelber Farbe. — Die Patientin erholte sich mit jedem Tage mehr, besonders, nachdem in mehreren Sitzungen mittelst der Schech'schen Choanenzange und teilweise mit der kalten Schlinge von der Nase aus die adenoiden Vegetationen aus dem Nasen-Rachenraum entfernt waren. Nach 4 Wochen beschäftigte sie sich schon den größten Teil des Tages mit Stickereien; ihre Augen hätten sich gekräftigt.

Auch die rechte Kieferhöhle wurde punktirt; es entleerten sich nur geringe Schleimmengen, welche nach dreiwöchentlicher Ausspülung verschwanden.

Am 7. Mai 1888 stellte sich mir die Patientin, welche sich die Ausspülungen inzwischen selbst zu Hause besorgte, das letzte Mal vor, wobei ich vollständige Heilung von allen bei der ersten Untersuchung vorhandenen Beschwerden und Symptomen feststellen konnte.

Bemerkenswerth ist bei diesem typischen Falle, daß Patientin der anderen geschilderten Beschwerden spontan keine Erwähnung that und nur über den Hustenreiz und die Schmerzhaftigkeit der äußeren Nase klagte, welche letzteren Erscheinungen sich erst seit den letzten 6 Wochen eingestellt hatten. An das chronische Herz- und Magenleiden, ebenso an die Kopf- und Gesichtsschmerzen hätte sie sich schon gewöhnt, da sie „nervöser" Natur seien, wie ihr mehrere Aerzte gesagt hätten, und daher dieses alte Leiden unheilbar wäre. — Die durch mehrere Jahre andauernde Kieferhöhleneiterung hatte offenbar auf die Schleimhaut des Nasenrachenraumes einen derartigen Reiz ausgeübt, daß die Rachentonsille mit Entwickelung der adenoiden Vegetationen darauf reagirte, welche schließlich, 6 Wochen vor der ersten Untersuchung, den Raum so ausgefüllt haben dürften, daß sie den Eiterabfluß nach hinten erschwerten. Das Höhlensekret floß in Folge dessen stärker nach vorn und verursachte nicht nur die Entzündung der äußeren Nase, sondern auch, vielleicht durch Uebertragung mit dem Taschentuch, der Lippen. Der Hustenreiz ließ im letzten Winter jedenfalls deswegen nach, weil in dieser Zeit weniger Sekret in den Nasen-Rachenraum abfloß. Aus derselben Behinderung des Abflusses mag Stagnation des Eiters in der Nase und dadurch lebhaftere Entwickelung seines Geruches stattgefunden haben, so daß ihn Patientin schließlich selbst wahrnahm, obgleich jedenfalls ihr Geruchssinn sehr gelitten hatte.

Hier stehen alle die im 2. und 3. Fall im ersten Stadium der Entwickelung begriffenen Symptome in voller Ausbildung. Die „schmerz-

Digitized by Google

haften Haare“ des Herr B. haben sich bei Fräulein F. zur ausgesprochenen Hemicranie entwickelt, der chronische Magencatarrh und die Herzsymptome haben schon schwere Folgen für den Allgemeinzustand herbeigeführt. Sollte nicht die chronische Speisung des Magens mit dem ätzenden Kieferhöhlensekret, abgesehen von dem entzündlichen Leiden und der Eiterung an sich, genügen, um ihn in einen chronisch-catarrhalischen Zustand zu versetzen?

5. Fall. In gleich hohem Grade war das Leiden entwickelt bei Frau P. aus G., 24 Jahr alt, welche am 25. April 1888 in meine Behandlung kam. Sie klagte über einen hartnäckigen Schnupfen, an dem sie schon seit ihrer Kindheit leide; sie wüßte sich überhaupt nicht zu erinnern, daß sie jemals frei von Schnupfen gewesen wäre. Mitunter steigerte sich derselbe; dann bekam sie Herzklopfen, Athemnoth und Hinterhauptskopfschmerzen; letztere strahlten bis in das Genick aus, welches steif wurde. Außerdem leide sie an krankem Magen, heftigem Aufstoßen und Geschmacklosigkeit. Ein höchst lästiges Gefühl von Trockenheit im Halse, das sie nur durch ununterbrochene Befeuchtung mit Wasser erträglich machen könne, wecke sie mehrmals in jeder Nacht und nöthige sie zum Wassertrinken. Gelegentlich eines heftigeren Anfalles consultirte sie 1885 einen Arzt, der das Leiden für „nervös“ erklärte, da ein Herz- oder Lungenleiden nicht zu constatiren sei. Da er bei der Untersuchung in der linken Nasenhöhle einen Polypen fand, überwies er sie einem Specialcollegen, der die Nasenschleimhaut linkerseits mit arg. nitric. und platina candens durch 3 Monate ätzte. Sie gab die Behandlung auf, da sie keine Besserung fühlte. Ein Jahr später wurde sie von ihrem Hausarzt an Professor V. in B. gewiesen, welcher ihr in dem Nasen-Rachenraum einen Polypen abgebrannt haben soll. Danach wurde ihr Allgemeinbefinden insofern ein besseres, als die Athmungsbeschwerden nachließen. Die übrigen Symptome blieben in gleicher Stärke bestehen. Ein halbes Jahr später steigerten sich die Genickschmerzen noch mehr, und ein quälender Husten stellte sich ein. Vor einem halben Jahre consultirte sie wieder einen anderen Arzt, welcher die rechte Nasenhöhle galvanocauterisirte. Zur selben Behandlung sollte sie wiederkommen, unterließ es aber, da absolut keine Besserung nach der Cauterisation der rechten Seite eingetreten war. Den letzten Winter wurde der Schnupfen noch heftiger; es stellte sich starker Schleimauswurf ein. Gegenwärtig klagt sie über Hinterhauptskopfschmerzen und sehr heftigen Schnupfen. Nur wegen des letzteren will sie meinen Rath in Anspruch nehmen.

Auf weiteres Examiniren ergab sich noch Folgendes: Ihre Augen wären sehr schwach geworden, sie hätte einen merkwürdigen, weißen Schein mit dunklen Flecken vor den Augen, letztere seien sehr matt geworden. Einen Augenarzt hätte sie deswegen bisher nicht consultirt, weil die Augen sonst gut seien; nur beim Lesen schwebe dieser Schein ihr vor; feine, weibliche Handarbeiten könne sie deshalb nicht verrichten, weil bei jedem derartigen Versuche die Augen den Dienst versagten und sie Genickschmerzen bekomme. Die Athmungsbeschwerden seien in letzter Zeit so arg geworden, daß sie mitunter durch Minuten „ganz weg bliebe“. Sie empfinde ein dumpfes Druckgefühl in der Brust. Die Trockenheit in der Nase mache sich besonders links bemerkbar.

Der Befund ergab große, weißgelbe Schleimmassen, welche beide

Digitized by Google

Nasenhöhlen ausfüllten. Nasenathmung aufgehoben. Die Schleimhaut der Muscheln von vorn bis hinten stark geschwellt, blaß. — Der Nasen-Rachenraum ist angefüllt mit adenoiden Vegetationen und zusammengeballten Schleimmassen. Die Schleimhaut der hinteren Rachenwand ist narbig durchzogen, zeigt eine große Zahl granula. — Ober- und Unterkiefer beiderseits nur mit cariösen Zahnresten besetzt mit Ausnahme noch einiger, leidlich erhaltener Vorderzähne.

Leseprobe: Jedes Auge, einzeln geprüft, liest mit Convexlinse 10″ Schriftprobe (Jaeger) No. 1 von 3″—7″
No. 4 von 3″—7″

ohne Glas hat jedes Auge volle Sehschärfe, $S = \frac{XX}{XX}$ Fuß.

Jedes Auge zeigt unter der verdeckenden Hand bei Fixation des anderen auf 4″ Entfernung Insufficientia m. recti interni.

In derselben Sitzung werden beide Kieferhöhlen mit einem Stachel von den buccalen Alveolen der extrahirten Wurzeln des dens molaris I eröffnet und gleich darauf eine beträchtliche Menge süßlich stechend riechenden Eiters durch die sogleich folgende Ausspülung mit Borsäurelösung entleert, wonach die Schmerzen im Kopfe sofort verschwunden waren. Nach Entfernung der adenoiden Vegetationen in den folgenden Tagen und unter der gewöhnlichen Behandlung der Höhlen mit Ausspülungen trat völliges Nachlassen sämmtlicher Beschwerden ein, nur die Schleimproduction in den Kieferhöhlen dauerte fort. Infolge eines partus wurden die Ausspülungen trotz meiner Warnung unterbrochen, da Patientin sich für geheilt ansah. — Wie ich gelegentlich vor ½ Jahre hörte, sind die alten Beschwerden wiedergekehrt, äußerten sich aber bedeutend milder wie vor der Behandlung. Die cariösen Wurzeln habe sie sich sämmtlich entfernen lassen, aber zur Wiederholung der Kieferhöhlenoperation fehle ihr der Muth.

In diesem, wie im vorigen Falle, hat sicherlich der in den Nasen-Rachenraum fließende Kieferhöhleneiter die Entwickelung der adenoiden Vegetationen bei Personen im Alter von 24 Jahren hervorgerufen, während erfahrungsgemäß die adenoiden Wucherungen in solchen Fällen, wo sie seit der Kindheit bestanden, in diesem Alter geschwunden zu sein pflegen. Professor V. hatte, nach dem Bericht der Patientin zu schließen, 1886 ihren Nasen-Rachenraum ausgeräumt und sogar galvanocauterisirt, und schon 2 Jahre später war der Nasen-Rachenraum wieder in der ganzen Ausdehnung mit den Wucherungen angefüllt. — Außer den gewöhnlichen, hier bis zur vollsten Ausbildung gelangten Symptomen sind in beiden Fällen eigenthümliche Sehstörungen aufgetreten, so daß einerseits Scotome sich bemerkbar machten, andererseits die musculi recti interni so geschwächt wurden, daß längeres Fixiren in der Nähe, wie beim Lesen und Sticken unmöglich wurde. Vielleicht bedeuteten die Scotome den Beginn einer Augenaffection, welche schließlich zur Amaurosis führen konnte, wie solche Fälle schon ausführlich beschrieben sind. (E. Berger u. Tyrmann, klin. Blätter f. Augenheilk., XXIV. 215, James A. Salter I. 180, Wecker u. Delgado IV. 269. — Albrecht von Graefe's Arch. f. Ophthalm. Amaurosis bei Zahnleiden. XXIX. 4. 84. — A. Wiebe, Corr.-Bl. der ärztl.

Digitized by Google

Kreis- und Bez.-Vereine im Kgr. Sachsen. XLVII. Bd., No. 11. 1889. — Ziem, Berliner klin. Wochenschr. No. 37. 1888.)

Die Einengung der Accommodationsbreite im Fall 5 und zwar vom punct. remot. her dürfte sich durch das Scotom erklären. P. hätte doch bei ihrer Emmetropie mit Linse + 10″ auch bis 10″ lesen müssen, statt bis 7″. Leider habe ich damals nicht an eine Perimeteraufnahme gedacht. — Der quälende Husten ist nach meiner Ansicht von den granulis der hinteren Rachenwand her ausgelöst worden. Auch er verschwand bald nach der Operation.

Es sei mir zum Schluß eine kurze Recapitulation gestattet: Der 1. Fall bot in seiner Anamnese ein ganz characteristisches Bild der Oberkieferhöhleneiterung, ohne daß Eiter in der Nasenhöhle nachzuweisen war, während die Operation reichlich Eiter aus der Kieferhöhle zu Tage förderte. Im 2. und 3. Fall war das Sekret ein seröses, weshalb der Befund einer Eitermenge in der Nasenhöhle unmöglich war. Auch hier bot die Anamnese schon ein typisches Bild der sekretorischen Kieferhöhleneiterung.

Die Fälle 4 und 5 zeigen die außerordentlich reizende Eigenschaft des Kieferhöhleneiters, welche die Wucherung der Rachentonsille, überhaupt Entzündung der Schleimhaut von der Nase bis in den Magen hinab herbeiführte; auch war hier der Einfluß des Leidens auf das Auge bemerkbar.

So werthvoll der Befund von Eiter in der Nase ist, es wird bei seinem Fehlen die Punktion der Oberkieferhöhle doch immer gerechtfertigt sein, wenn aus der Anamnese in Verbindung mit dem Befunde sich auch nur mit Wahrscheinlichkeit die Diagnose: Empyema antri Highmori folgern läßt.

Anmerkung: Die vorliegende Arbeit ist während der Drucklegung als Inaugural-Dissertation seitens des Verfassers verwendet worden.

Die Bewegungen der Stimmbänder bei Durchschneidung der Vagusnerven.

Von

Dr. **A. Onodi,**

Universitätsdocent in Budapest.

Ich habe das Verhalten der Stimmbänder bei Durschschneidung beider Vagi geprüft. Das Resultat war auffallend, da Bewegungen der Stimmbänder eingetreten sind. Nach unseren Kenntnissen stand die Frage folgendermaßen. Der Nervus laryngeus superior ist ein sensibler Nerv, nur sein äußerer Ast, zum musculus cricothyreoideus gehend, ist motorischer Natur; die eigentliche Musculatur der Stimmbänder innervirt der N. laryngeus superior; dieser letztere entspringt vom Vagus, daher die motorischen Kehlkopffasern im Stamme des N. vagus enthalten sind. Die Frage, wie die Bewegungen ausgelöst werden, wo die bekannten Nervenbahnen durchtrennt wurden, konnte nicht erklärt werden und es blieben die von mir beschriebenen sympathischen Verbindungen zur Untersuchung zurück. Ich habe untersucht das Verhalten der Stimmbänder nach Durchschneidung 1. der Nn. vagi, 2. der Nn. laryng. inf., 3. der sympathischen Verbindungen. Ich habe 15 Versuche gemacht, meistens mit gefensterter

Digitized by Google

Trachea. Nach Durchschneidung beider Vagi näherten sich statt der erwarteten Cadaverstellung bei der Exspiration die Stimmbänder rhytmisch der Mittellinie und manchmal sogar berührten sie sich beinahe. In einem Falle, wo unter dem Zungenbeine der Kehlkopfeingang geöffnet wurde. ist nach der Durchschneidung beider Vagi ein so heftiger Glottiskrampf eingetreten, daß eine Canüle zwischen die Stimmbänder gesteckt werden mußte. In einem andern Falle gab das Tier trotz der Durchschneidung beider Vagi hohe Töne.

Die bezeichneten Bewegungen der Stimmbänder sind auch eingetreten, wenn die Nn. laryng. inf. sowie die sympathischen Verbindungen gleichfalls durchschnitten wurden.

Es hatte sich also herausgestellt, daß die in den Bahnen der Vagi Nn. laryng. inf. und sympathischen Verbindungen enthaltenen motorischen Fasern mit den beobachteten Bewegungen in keinem Zusammenhange stehen.

Es blieb zurück der intact gelassene äußere Zweig des Laryngeus sup. und der von ihm versorgte musc. cricothyreoideus. Es wurde bei gefensterter Trachea der Muskel ganz freigelegt, um die geringste Contraction beobachten zu können. Nach Durchschneidung der Nervenbahnen traten die Bewegungen der Stimmbänder ein; man konnte ganz präcis constatiren die gleichzeitigen und der Stärke der Bewegungen entsprechenden Contractionen der Mm. cricothyreoidei. Hatten wir die Mm. cricothyreoidei ganz entfernt, so blieben die Stimmbänder in vollständiger Cadaverstellung, die Cartilago cricoidea, die früher zur Schildplatte gehoben wurde, vollkommen unbeweglich.

Das Experiment wurde auch in einer anderen Reihenfolge ausgeführt. Ich habe erst beide Mm. cricothyreoidei entfernt und nachher die bezeichneten Nervenbahnen durchtrennt und das Resultat war dasselbe: vollständige Unbeweglichkeit der Stimmbänder und der Knorpel. Nach diesen Untersuchungen stellen wir den Satz auf, daß nach Durchschneidung der Nn. vagi, der Nn. laryng. inf. und der sympathischen Verbindungen auftretenden Bewegungen der Stimmbänder der Function des Musculus cricothyreoideus zuzuschreiben sind.

Ein ungewöhnlicher Fall

von

Sarcomata multiplicia cutis et lymphosarcoma tonsillae dextrae.

Von

Dr. **Johann Sedziak** aus Warschau.

Der Fall, über welchen ich zu sprechen beabsichtige, verdient in vieler Hinsicht größere Aufmerksamkeit.

Panos, 48 Jahre alt, ein Landmann, kam am 18. Mai 1892 ins Kindlein Jesus Hospital. Er klagte überhaupt über einen Tumor im Halse, als

Digitized by Google

auch zahlreiche Knötchen auf der Hand. Die Geschichte der Krankheit ist folgende: Der Kranke stammt von einer gesunden Familie ab, welche sich sogar durch eine gewisse Langlebigkeit auszeichnete. (Die Mutter starb, hundert Jahre alt, der Vater, mehr als 80.) Der Kranke war bisher immer gesund, wie er behauptet. Zum zweiten Mal verheiratet. Mit der ersten Frau hatte er 8 Kinder, mit der zweiten zwei. Keine Abusus, weder in Baccho, noch in Venere, absolut keine Spur von Syphilis. Der Anfang der jetzigen Krankheit datirt sich nur von einem halben Jahre, nämlich in Herbste des vorigen Jahres (1891) bemerkte der Kranke am linken Bein (Wade) ein kleines Knötchen, welches er anfangs wenig beachtete, um so mehr, da das Letztere ihm keine Beschwerden verursachte. Dieses Knötchen jedoch, im Anfange von der Größe einer Haselnuß, fing an sich nach und nach zu vergrößern, und die es bedeckende Haut fing an sich zu färben, anfangs rötlich, später dunkler und zuletzt dunkelviolett. Dies beunruhigte den Kranken um so mehr, da nach und nach die Anschwellung der entsprechenden (linken) inguinalen Drüsen eintrat, was den Kranken im Gehen hinderte. Auch der Tumor am Beine, der zu dieser Zeit die Größe eines Apfels erreichte, war beim Drücken mit den Fingern etwas schmerzhaft. Ein paar Monate danach zeigten sich an verschiedenen Stellen des Körpers (besonders an den oberen Extremitäten, an der Brust und Rücken, schließlich am Gesicht) Knötchen von verschiedener Größe, welche sich, wie es wenigstens aus der Erzählung des Kranken zu entnehmen ist, auf mehr oder weniger dieselbe Weise, wie der Tumor am Beine entwickelten, mit dem Unterschied indeß, daß sie niemals dieselbe Größe erreichten — die Mehrzahl der Knötchen war von der Größe einer Wallnuß, die restlichen zeigten sich haselnuß- bis erbsengroß. Die Haut über den Knötchen, obgleich auch verändert, war nicht so dunkel gefärbt wie am Beine. Eine Ausnahme machte das Gesicht, wo besonders in der Gegend der Parotis, der tumor mehr den Character der diffusen Infiltration hatte, und die Haut mehr dunkel gefärbt war. Das Erscheinen dieser multiplen, obgleich nicht schmerzhaften Knötchen beunruhigte den Kranken mehr und mehr. Aber erst dann entschloß er sich, ärztliche Hilfe zu suchen, als er bemerkte, daß er im Halse einen Tumor hatte, welcher sehr schnell wuchs und anfangs ihn beim Schlucken hinderte, später aber auch beim Athmen. Zuerst consultirte der Kranke die dortigen Aerzte (auf dem Lande), von denen einer, vermuthend den syphilitischen Charakter der Krankheit, Kali jodatum verordnete. Der Kranke fühlte jedoch nach Verbrauch einiger Flaschen keine Erleichterung. Der andere Arzt vermuthete einen Abscessus der Tonsille und machte zwei Incisionen, wobei jedoch, wie der Kranke behauptet, kein Eiter, etwas Blut kam, und keine Erleichterung stattfand. Schließlich kam der Kranke nach Warschau und trat in die chirurgische Klinik des Kindlein Jesus Spital ein. Der Zuvorkommenheit des Collegen Borsuk, welcher damals nach dem Tode des Professor Efremoreshi Chef der Klinik war, verdanke ich diesen Fall. An demselben Tage hatte ich Gelegenheit den Kranken zu untersuchen. Ich fand den folgenden Zustand: der Kranke gut gebaut und ernährt. Die Haut am ganzen Körper, besonders an der Brust und am Rücken, wie auch an den oberen Extremitäten, zeigte zahlreiche Flecken von verschiedener Größe (vom Durchmesser einer Erbse bis zu dem einer Wallnuß). Die

Digitized by Google

Farbe von rötlich bis dunkelviolett. Bei näherer Untersuchung zeigte es sich, dass diese Flecken den circumscripten Verdickungen resp. Knötchen entsprachen. Einige von denen (die kleineren) beschränkten sich auf die Haut, sie sind mehr oberflächlich, die größeren jedoch vertieften sich bis zum unterhäutigen Gewebe und sogar, wie es scheint, bis zu den Muskeln (z. B. am rechten Arm) und sind mit den Fingern faßbar, wobei der Kranke einen leichten Schmerz fühlt. Die Zahl dieser Knötchen ist unzählbar; es war kaum eine Stelle vorhanden, in welcher man nicht eine mehr oder weniger deutliche Verdicknng in der Haut fühlen konnte. Einer besonderen Besprechung bedarf der Tumor am Beine. Es zeichnet sich durch seine abnorme Größe aus, erreichend namentlich die Größe einer großen Apfelsine. Der Tumor erstreckt sich weit in die Tiefe durch das Unterhautzellgewebe und Muskeln. Er läßt sich weder fassen noch mit den Fingern bewegen. Die ihn bedeckende Haut mit Desquamationen, trocken, dunkelviolett. Im Centrum zeigt sich eine kraterähnliche Vertiefung (ungefähr 1½ cm), aus welcher beim Drücken eine geringe seröse Flüssigkeit hervortrat. Der Tumor wenig schmerzhaft, (nur beim Drücken mit den Fingern etwas stechend) ziemlich hart. Am Gesicht außer einigen kleinen Knötchen grössere Tumoren in der Nachbarschaft der linken und etwas kleiner auch in der Gegend der rechten Parotis. Sie zeigen mehr diffuse Verdickungen (Infiltrationen), von denen die linke sich vom „arcus zygomaticus“ bis zum Winkel der mand. inf. zieht. Die Haut dunkelviolett. Die Infiltrate waren mit den Fingern faßbar, beschränkten sich jedoch, wie es scheint, nur auf die Haut; die Drüse selbst ist nicht angegriffen. Starker „foetor ex ore“. Bei der Untersuchung der Mundhöhle sieht man zuerst die Veränderung auf der Schleimhaut des oberen Zahnfleisches: sie ist stark gerötet, geschwollen, uneben. Die Zähne selbst gesund. Die Schleimhaut der „palatum durum“ zeigt eine diffuse dunkelblaue Färbung. Der ganze „isthmus faucium“ ist mit dem colossalen Auswuchs in der Größe eines Hühnereies angefüllt. Der Tumor nimmt die Stelle der rechten Tonsille ein und drängt das Zäpfchen (geschwollen und geröthet, wie auch der ganze weiche Gaumen) an die linke Seite, indem er die linke etwas im longitudinalen Diameter vergrößerte Tonsille berührt. Der Tumor drängt auch den vorderen Bogen hervor, ist aber weder mit diesem noch mit dem hinteren Bogen verwachsen, so daß man ihn mit der Sonde und Finger leicht umgehen kann. Der Tumor ist beweglich, ziemlich hart; die ihn bedeckende Schleimhaut verändert, von blauer Färbung und theilweise exulcerirt. Im Centrum zwei oberflächliche Vertiefungen, narbige Einziehungen, wahrscheinlich als Spur der früheren Operationen (Incisionen). Bei der Untersuchung der Nase fand sich: deviatio septi nasal. hypertrophia conchaee mediae dextrae, Athmung besonders an der rechten Seite beschwert. Rhinoscopia post. wegen Tumors unmöglich, bei der Untersuchung mit dem Finger fand ich mäßige Hyperplasie „en masse“ der Pharynx-Tonsille (Luschka) besonders an der linken Seite. Im Kehlkopfe (nach dem Emporheben des Tumors mit Hilfe des laryngoscopischen Spiegels) nichts Besonderes. Im rechten Ohre Einziehung des Trommelfelles. Leichtes subj. Geräusch, das Gehör theilweise geschwächt. Das linke Ohr gesund. Die Untersuchung der inneren Organe ergab negative Resultate. Die lymphatischen Drüsen am Halse sowie in der Achsel etwas vergrössert, indolent. Die linken inguinalen Drüsen in der Form zweier Tumoren, von Größe eines Hühnereies, auch

Digitized by Google

nicht schmerzhaft. Der Urin enthält kein Albumen, sowie auch keine anderen anormalen Bestandteile. Dr. Ziemiriski (Augenarzt) hatte die Güte, die Augen zu untersuchen, fand jedoch keine Veränderung, nur geringe Stenosis can. nasolacrymalis.

Im ersten Augenblicke vermutheten wir, betreff der dunkelviolett gefärbten Tumoren, daß wir mit Melanosarcoma tonsillae dextrae zu thun hatten. Es ist natürlich, daß die eigentliche Diagnose nur auf Grund der mikroskopischen Untersuchung der Knötchen auf der Haut, sowie auch der Tumoren am Halse gemacht werden konnte. Zu diesem Zwecke führte ich am folgenden Tage in Gegenwart der Collegen Borsuk, Sawicki, Bruner etc. etc. Exstirpation des Tumors der rechten Tonsille mit Hife der galvanocaustischen Schlinge aus, weil die malignen Tumoren wie bekannt sehr bluten, und sogar bei den einfachen Hyperplasien der Tonsillen bei Erwachsenen wende ich nur diese Methode in der letzten Zeit an [1]). Die Operation ließ sich leicht ausführen (beim Herausziehen des Tumors mit Museux'scher Zange, fast ohne Blutung, mit wenig Schmerz, nach 20% Cocainlösung.) Anfargs exstirpirte ich nur ein Drittel des Tumors zur microscopischen Untersuchung. Auf dringendes Bitten des Patienten jedoch nahm ich auch den Rest des Tumors, von der Größe eines Hühnereies heraus, worauf der Kranke sogleich große Erleichterung fühlte. Der Tumor zeigte auf den Durchschnitt ein speckiges Aussehen (sarcoma), gefärbt nur in den oberflächlichen Schichten. Nach der Erhärtung im Alcohol und Einbettung in Paraffin habe ich ihn unter dem Microscop untersucht, wobei es sich zeigte, daß wir es mit „lymphosarcoma" zu thun hatten. Die obige Diagnose wurde von den bekannten Anatomopathologen Prof. Brodowski und Pizewoski bestätigt. Der Verlauf nach der Operation war sehr günstig, so daß man schon nach einigen Tagen zur Exstirpation eines der Haut-Knötchen schreiten konnte. Dies wurde durch Dr. Borsuk ausgeführt. Am rechten Arm exstirpirte er ein Knötchen von der Größe einer Haselnuß; die Ränder der Wunde wurden durch eine Naht verbunden, Heilung per primam. Auf den Durchschnitt zeigte sich, daß nicht nur die Haut, sondern auch das Unterhautzellgewebe einbezogen war. Die Pigmentation beschränkte sich jedoch nur auf die oberflächlichen Schichten der Haut. Microscopisch zeigte der Tumor analoge Veränderungen, nämlich: Infiltration mit kleinen und runden Zellen, welche denen im Tumor der Tonsillen sehr ähnlich waren. Die anatomisch-pathologische Diagnose lautete: sarcoma parvo- et globocellulare. Sie wurde auch bei den obengenannten Prof. Brodowski und Pizewoski bestätigt. Ich füge hier noch hinzu, daß ich zur Genauigkeit, weil man Verdacht auf Lepra in diesem Falle haben konnte (natürlich auf Grund der multiplen Infiltrationen auf der Haut, abgesehen jedoch von den Tumoren am Beine und am Halse, welche nur für sarcomatöse Neubildungen gehalten werden konnten), die Untersuchung in dieser Richtung unternahm, Bacilli Leprae jedoch (Färbung mit Ziel-Neelsen's Lösung, Entfärbung in 25% HNO_3, schließlich Nachfärbung mit Methylenblau), weder in Schnitten des Tumors der Tonsillen, noch in Haut-Knötchen vorhanden waren. Dem Kranken wurden vom ersten Tage an Arsenik (Sol.

[1]) Vide meine Arbeit: „Kilka uway w kwestyi stosowania galvanokaustiky is chorobach gardta, hitani, nosa i uszow". Kronika Lekarska 1892, (Ref. im Jour. of Laryng. 1892.)

Digitized by Google

Fowleri) verordnet, wobei man schon in zweiter Woche des Aufenthaltes des Kranken im Spital zur größten Verwunderung eine beständige Verkleinerung der Knötchen wahrnehmen konnte. Diese Verkleinerung, obgleich langsam, unterlag jedoch keinem Zweifel, was nicht nur von mir allein, sondern auch von vielen anderen Aerzten (Borsuk, Sawicki, Paslawski und Anderen) nachwiesen wurde. Am 7. Juni, also ca. 3 Wochen nach dem Eintritt des Kranken im Spital, stellte ich diesen ungemein interessanten Kranken in einer Sitzung der Warschauer medicinischen Gesellschaft vor.

Wegen der unzweifelhaft erfolgten Verkleinerung der Knötchen bei unserem Kranken unterließ man die primäre Absicht totaler Exstirpation des Tumors am Beine und zweier linken inguinalen Drüsen und entschloß sich, ihm weiter Arsenik innerlich zu geben. Auf diese Weise blieb der Kranke noch einen Monat im Spital, indem er von mir wie auch von anderen Collegen (Chirurgen) beständig beobachtet wurde. Ende Juni wurde er ohne bekannte Veranlassung von otitis media acuta sin. mit Perforation des Trommelfelles befallen. Man verordnete Tropfen mit ac. carbolicum (10% in Glycerin), später Lufteintreibungen. Am 9. Juli l. c. nach 7 Wochen, verließ der Kranke das Spital. Sein Zustand war damals der folgende (Untersuchung zusammen mit Dr. Sawicki): Der Tumor am Beine verkleinerte sich wenigstens um ¼ seiner früheren Größe; er zeigt zwei einzelne Verdickungen (ziemlich tief greifende) von der Größe je einer Wallnuß; die Haut in den übrigen Teilen der früheren Infiltration nur wenig verdickt. Als Spur der früheren Veränderungen blieb nur die dunkle Färbung der Haut, welche glatt und glänzend ist. Die centrale Vertiefung ebnete sich fast gänzlich. Auch die übrigen Knötchen verkleinerten sich, indem sie sich auf die Haut beschränkten (Infiltrationen); teilweise verschwanden sie gänzlich, braune Pigmentirung zurücklassend. Die Haut zeigte sich wegen der zahlreichen Ecchymosen mosaikartig. Am hartnäckigsten hielten sich die Knötchen am rechten Arme, obgleich sie auch da flacher sind. Die Drüsen in regione inguinali sin. verkleinerten sich wenigsten bis zur Hälfte ihrer früheren Größe. Die Drüsen am Halse und in der Achsel sind viel kleiner. Dasselbe gilt für die Knoten am Gesicht, die früheren Verdickungen in regione parotidea sind mehr flach, besonders die linke. Die Gegend des Unterkieferwinkels ist jetzt ganz frei von Infiltration. Die Knötchen nicht schmerzhaft. Foetor ex ore geschwunden; in der Mundhöhle, an der Stelle des früheren Tumors, zeigt sich die Höhle zwischen beiden Bogen an der rechten Seite. Keine Spur von Recidiv. Die linke Tonsille, welche im Anfange sich etwas vergrößerte und blau verfärbt war, was uns auf die Idee führte, daß sich dort auch der sarcomatöse Proceß zu entwickeln beginnt — ich wollte sie exstirpiren — obleich nicht bedeutend, doch sichtbar verkleinert. Sie ragte nicht über den Bogen hinaus. Die sie bedeckende Schleimhaut etwas blau gefärbt. Ich muß hier hinzufügen, daß die Verkleinerung der Tonsille erst seit kurzem datirt (einige Tage). Atmung und Schlingen frei. Im nasopharynx (rhin. post.) eine ziemlich bedeutende, diffuse Hyperplasie der pharyngealen Tonsille (Luschka), hauptsächlich an der linken Seite. Eine bedeutende Verdickung der Schleimhaut am hinteren Ende des Septums (vomer). Athmung

Digitized by Google

freier, Schleim geringer, Blutung im Anfang sehr häufig fast ganz aufgehört, schließlich status idem in der Nase. In larynge nichts besonderes. Im rechten Ohr dasselbe (i. e. Einziehung des Trommelfelles), im linken Ohr Perforatio parva im vorderen und unteren Theile des Trommelfelles, unbedeutender eiteriger Ausfluß. Kein Schmerz, nur geringes Geräusch, das Gehör geschwächt. In den inneren Organen nichts Besonderes. Dem Kranken wurde ferner der Gebrauch des Arseniks (innerlich) und Carbolsäure fürs Ohr verordnet. Ich gab ihm auch einen Brief an einen dortigen Arzt mit der Bitte, um weitere Pflege des Patienten und Informationen von Zeit zu Zeit über den weiteren Verlauf dieses interessanten Falles.

Der obige Fall liefert Gelegenheit für einige Bemerkungen. Vor Allem ist die von vielen Aerzten beobachtete Verkleinerung und Verschwinden des Sarcoma cutis, sowie auch der vermuthlichen lymphosarcoma der linken Tonsille während des siebenwöchentlichen Aufenthaltes des Kranken im Spital bemerkenswerth. Was ist die Ursache dieses Verschwindens? Es scheint nicht dem geringsten Zweifel zu unterliegen, daß man in diesem Falle diese günstige Wirkung dem innerlich angewandten Arsenik zuschreiben muß. Es ist um so wahrscheinlicher, als unser Fall nicht vereinzelt dasteht; wenn auch nur wenige, so existiren dennoch in der Literatur einige Beobachtungen, welche die nicht anzuzweifelnde günstige Wirkung dieses Mittels auf Sarcomata (resp. Lympho-sarcomata) cutis bewiesen. So z. B. im Jahre 1883 veröffentlichte Köbner [1]) einen Fall von allgemeiner Sarcomatosis der Haut, geheilt durch subcutane Arsenik-Injektionen. Ferner im Jahre 1887 veröffentlichte auch Baebel [2]) einen Fall dieser Krankheit, geheilt (nach 3½ Jahren kein Recidiv) durch Anwendung des Arseniks. Schließlich beschrieb in diesem Jahre (1892) Romberg [3]) aus Leipzig einen Fall, bei welchem Metastasen in der Haut (der wahrscheinliche Ausgangspunkt war lymphosarcoma mediastini) fast gänzlich unter dem Einflusse des Arseniks verschwanden. Die Menge des gebrauchten Mittels (innerlich) betrug in diesem Falle 500 Tropfen von Liq. Kali arsenic. — 0,255 acidi arsenicosi.

Der obige unsere Fall ist auch noch in anderer Richtung bemerkenswerth. In diesem Falle nämlich waren wir im Stande, den colossalen Tumor der Tonsillae (lymphosarcoma) durch den Mund zu entfernen. Es ist nur möglich dort, wo der pathologische Proceß nur auf die Tonsille selbst sich beschränkt. Solche Fälle sind selten. Jurasz (s. dessen neuestes Buch: Die Krankheiten der oberen Luftwege, Heidelberg 1892) sah bei seinem reichen Material keinen einzigen solchen Fall. Newman aus Glasgow [4]) Verfasser der soeben erschienenen, vortrefflichen Monographie über bösartige Tumoren der Tonsillen, beschreibt nur einen Fall (p. 10) dieser Krankheit (sarcoma), welcher gleichfalls von der Mundhöhle aus operirt wurde.

---

[1]) No. 2 Berl. Klin. Woch.

[2]) Bruns Beiträge zur klin. Chir. II.

[3]) Deut. Med. Woch. 19. „Zur Kenntniss der Arsenikwirkung auf das Lymphosarcom."

[4]) „Malignant Disease of the tonsils with ten illustrative cases the statistics and the Bibliography of the Subject." (The Amer. Jour. of med. Sciences. May 1892.)

Digitized by Google

Ich füge hier noch hinzu, daß in solchen Fällen nur die galvanocaustische Schlinge zweckmäßig ist, um bedeutende Blutungen zu vermeiden.

Ebenso hat Wolfenden (London) sarcoma der linken Tonsille bei einer ungefähr 50jährigen Frau erfolgreich in meiner Gegenwart vor 3 Jahren operirt. In den meisten Fällen indeß breitet sich der Tumor auf die benachbarten Theile (Bogen, Rachen etc.) aus. Die Drüsen sind auch meistens angegriffen und die Operation ist durch die Mundhöhle unausführbar. In solchen Fällen machen die Chirurgen (vide Muhulier's Fall in seinem und Michelson's vortrefflichen Atlas der Krankheiten der Mundhöhle etc., Berlin 1892) gewöhnlich die Resection der Unterkinnlade nach vorheriger Trocheotomie. Noch auf einen Punkt will ich aufmerksam machen. Es ist möglich, daß das Lymphosarcoma auf die Tonsille beschränkt, eine einfache Hypertrophie dieses Organes vortäuscht, Diese Verwechselung kann sogar microscopisch stattfinden, wie es Luc's [1] Fall (aus Paris) beweist.

Es handelte sich um einen 50jährigen Mann, bei welchem ungeachtet des bösartig aussehenden Tumors der Tonsille die Diagnose bei zwei bekannten Anatomopathologen auf Grund der Untersuchung zweier (in paarmonatlichen Intervallen herausgenommenen) Stückchen des Tumors auf die einfache Hypertrophie der Tonsille festgestellt wurde. Erst nach dem dritten Mal zeigte sich: es sei lymphosarcoma. In unserem Falle schien es bei oberflächlicher Untersuchung auch, als ob wir es mit hypertrophia tonsillae simplex zu thun hätten, erst die genaue Untersuchung ergab die eigentliche Natur des Tumors, i. e. lymphosarcoma. — Meiner Meinung hat Gombaut, einer der besten Anatomopathologen in Paris, recht, wenn er sagt (vide Luc's Fall): „En fait, la structure des fragments, que vous m'avez adressés est trés analogue à celle du tissu conjonctif soumis à certaines causes d'irritation chronique et, en pareil cas, pour décider, qu'il y a tumeur, c'est à dire développement d'éléments anatomiques en quelque sorte spontané, dépendant d'une évolution anormale, indépendante de toute cause extérieure surajoutée, il n'est que prudent de faire appel à toutes les sources de renseignements et de ne pas se fier à ceux, que peut donner l'histologie laissée à ses propres ressources."

---

[1]) „Sarcome de l'amygdale. Difficultés du diagnostic histologique." (Rev. de Lar. etc. 11. 1892.)

Digitized by Google

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Bericht

über die an der Klinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Joseph Gruber im Jahre 1891 ambulatorisch behandelten Kranken.

Im Jahre 1891 erschienen im Ambulatorium 5117 neue Kranke, und zwar: 3223 Personen männlichen und 1894 Personen weiblichen Geschlechtes.

Von den erschienenen Kranken waren dem Alter nach:

bis	zu	5	Jahren	. . . .	304	=	158	M. +	146	W.
von	5	—10	„	. . . .	444	=	253	„ +	191	„
„	10	—20	„	. . . .	1102	=	672	„ +	430	„
„	20	—30	„	. . . .	1200	=	770	„ +	430	„
„	30	—40	„	. . . .	845	=	563	„ +	282	„
„	40	—50	„	. . . .	594	=	390	„ +	204	„
„	50	—60	„	. . . .	374	=	246	„ +	128	„
„	60	—70	„	. . . .	196	=	133	„ +	63	„
„	70	—80	„	. . . .	58	=	38	„ +	20	„
				Summe:	5117	=	3223	M. +	1894	W.

Der Beschäftigung nach waren die Männer:

Schulknaben 125, Studenten (Mediciner, Juristen etc.) 107, Schlosser 97, Arbeiter, Schmiede je 93, Schneider 87, Taglöhner 78, Bauern, Commis je 76, Privatiers 73, Bäcker 68, Comptoiristen 64, Fleischhauer 63, Kellner 57, Agenten 53, Tischler 52, Hausknechte 48, Friseure 44, Schuster 43, Diener 38, Maurer 34, Schriftsetzer 27, Buchbinder, Wirte je 25, Musiker, Sicherheitswachmänner je 24, Anstreicher, Drechsler je 23, Spengler 19, Tapezierer 18, Maschinisten 15, Zimmerleute 12, Uhrmacher 11, Diurnisten 10, Graveure, Metalldreher je 7, Hutmacher, Müller je 5, Schildermaler 4, Aerzte 3, Priester, Maler je 2.

Von den Weibern waren:

Mägde 180, Schülerinnen 123, Taglöhnerinnen 86, Fabrikarbeiterinnen 83, Handarbeiterinnen 79, Bäuerinnen 77, Kleidermacherinnen 75, Köchinnen 74, Lehrmädchen 62, Kaufmannsgattinnen 58, Blumenmacherinnen 20, Cassierinnen 15, Haushälterinnen 13.

Von den übrigen Kranken war die Beschäftigung nicht angegeben worden.

Der Diagnose nach waren:

Digitized by Google

Diagnose	Männer				Weiber			
	rechts	links	beiderseits	In Summa	rechts	links	beiderseits	In Summa
Fistula auris congenita	—	1	—	1	—	—	1	1
Missbildung der Ohrmuschel	1	1	—	2	—	—	—	—
Acute nässende Flechte (Ekzem) der Ohrmuschel	2	2	3	7	1	2	4	7
Chronische nässende Flechte (Ekzem) der Ohrmuschel	—	—	2	2	—	—	3	3
Keloïd am Ohrläppchen	—	1	—	1	—	1	—	1
Epithelioma auriculare	1	—	—	1	—	—	—	—
Othaematoma	—	1	—	1	—	2	—	2
Combustio aurium	—	1	—	1	—	—	—	—
Ohrenschmalzansammlung	80	90	331	501	50	25	150	225
Fremdkörper im äusseren Gehörgange	12	10	7	29	14	15	4	33
Umschriebene Entzündung des äusseren Gehörganges	57	54	10	121	35	38	10	83
Diffuse Entzündung des äusseren Gehörganges	20	11	15	46	13	7	6	26
Parasitäre Entzündung des äusseren Gehörganges	—	1	—	1	1	—	1	2
Acute nässende Flechte (Ekzem) des äusseren Gehörganges	2	2	3	7	3	2	5	10
Chronische nässende Flechte des äusseren Gehörganges	1	—	2	3	1	2	3	6
Bläschenflechte (Herpes) des äusseren Gehörganges	2	—	2	4	2	—	1	3
Hautabschürfung im äusseren Gehörgange	3	5	—	8	4	3	—	7
Hautjucken (Pruritus) des äusseren Gehörganges	3	2	2	7	2	2	1	5
Verengerung des äusseren Gehörganges	2	3	1	6	3	1	1	5
Verschluss des äusseren Gehörganges	1	1	—	2	1	—	—	1
Papillomata ad meatum auditorium externum	2	—	—	2	—	—	—	—
Exostosis meatus auditorii externi	1	3	1	5	—	—	—	—
Acute Entzündung des Trommelfelles	6	4	5	15	5	3	2	10
Traumatische Ruptur des Trommelfelles	6	4	1	11	—	3	2	5
Narben des Trommelfelles	52	37	83	172	19	15	49	83
Atrophie des Trommelfelles	1	2	8	11	—	1	2	3
Kalkablagerung im Trommelfelle	10	7	4	21	3	4	3	10
Trockene Perforation des Trommelfelles	19	17	9	45	12	14	3	29
Zerstörung des Trommelfelles	16	13	13	42	14	7	18	39
Acuter Katarrh der Tuba Eustachii	41	38	196	275	16	20	76	112
Acute katarrhalische Mittelohrentzündung	105	66	64	235	33	44	35	112
Chronische katarrhalische Mittelohrentzündung	43	36	540	619	38	19	270	327
Plastische Mittelohrentzündung	15	16	135	166	17	14	160	191

Digitized by Google

Diagnose	Männer				Weiber			
	rechts	links	beiderseits	In Summa	rechts	links	beiderseits	In Summa
Plastische Mittelohrentzündung mit Labyrinth-Affection	2	—	5	7	1	—	2	3
Acute eiterige Mittelohrentzündung	44	30	22	96	15	20	10	45
Chronische eiterige Mittelohrentzündung	156	104	244	504	92	127	145	364
Chronische eiterige Mittelohrzentzündung mit Polypenbildung	38	39	4	81	9	10	7	26
Periostitis mastoidea	1	2	1	4	1	1	—	2
Caries und Nekrose des Schläfenbeines	14	8	6	28	6	3	4	13
Labyrinth-Affection	4	1	29	34	—	4	11	15
Nervöses Ohrtönen	10	4	2	16	5	4	3	12
Nervöser Ohrschmerz	5	7	24	36	6	8	20	34
Taubstummheit	—	—	30	30	—	—	23	23
Adenoide Vegetationen im Rachen	—	—	10	10	—	—	8	8
Rhinitis	—	—	6	6	—	—	8	8
Parotitis	—	—	1	1	—	—	—	—
Summa:	768	341	821		422	421	1051	
			3223				1894	
				5117				

(Fortsetzung folgt.)

Contribution à l'étude des Otomycoses par le docteur **Ferdinand Souls'**, Médecin de la Marine. (Bordeaux, Imprimerie Vve. Cadoret. 1891)

Zweck der Arbeit war, die Aufmerksamkeit der Practiker auf das in Frankreich noch wenig bekannte Gebiet der Otomycosis zu lenken. Im I. Capitel wird darum eine ausführliche Geschichte der Otomycosis mit einer Zusammenstellung der einschlägigen Litteratur geboten. Das II. Capitel beschäftigt sich mit den Arten und botanischen Unterscheidungsmerkmalen der in Betracht kommenden Pilze, von denen Aspergillus fumigatus, nigricans und flavescens am häufigsten gefunden werden, andere wie die der Familie Eurotium, Penicillium, Mucor seltener sind.

Auch Microsporon furfur mit der durch dasselbe erzeugten Pityriasis versicolor wurde im äußeren Gehörgange angetroffen, wahrscheinlich als Folge einer Autoinfection von der Brust her.

Der zweite Teil der Arbeit beschäftigt sich mit der klinischen Seite der Otomycosis.

Digitized by Google

Was die Aetiologie betrifft, so scheinen die verschiedenen Jahreszeiten ohne Einfluß zu sein. Der Einfluß des Lebensalters äußert sich darin, daß Erkrankungen vor dem 15. Lebensjahre sehr selten, zwischen dem 16. und 20. Jahre am häufigsten, später wieder seltener sind. Zweidrittel der Erkrankten sind nach Siebenmann Männer. Der Stand der Gärtner liefert einen großen Teil der Kranken, auch der der Bauern, wohl weil diese auf ihren Zimmeröfen alle Arten Früchte trocknen lassen. Die Russen, welche den ganzen Winter in geheizten, schlecht gelüfteten Zimmern wohnen, bieten den Pilzen einen guten Nährboden. Wreden sah eine Erkrankung nach einem Schlaf neben schimmeliger Tapete. An Leichen sah Siebenmann nie Otomycosis.

In der Privatpraxis soll Otomycosis häufiger sein, als in der poliklinischen, conform mit Souls' Beobachtungen. Von den die Otomycose begleitenden Ohrenaffectionen fällt die nach Siebenmann wiedergegebene große Zahl an Erkrankungen des inneren Ohrteiles (36%) auf.

Nach Schwarze und Roosa siedeln sich die Schimmelpilze nur an, wenn die Epithelien des Gehörganges fehlen oder wenigstens aufgelockert sind. Miot und Baratoux halten eine geringe Feuchtigkeit im Ohre der Entwickelung der Sporen für günstiger als profuse Otorrhoe, welche jene eher herausschwemmt. 75% der von Siebenmann behandelten Otomycosen waren nach Einträufelung fetter Substanzen entstanden, wobei Glycerin einbezogen ist, trotzdem Oele erfahrungsgemäß wenig geeignet für Pilzculturen sind. Vielleicht halten Fette durch ihre Viscidität die Keime im Gehörgang zurück.

Die Infection kann auch durch Instrumente erfolgen, so durch Spritzen, auf deren Lederstempeln sich Pilzvegetationen ansetzen können, sogar wenn sie mit Carbolvaselin ausgeschmiert sind, nicht jedoch durch Spritzen aus Caotschouk.

Die Otomycosis kann völlig latent verlaufen.

Subjektive Symptome können sein: seröse, eitrige, foetide Otorrhoe, Jucken, stechende, auch ausstrahlende Schmerzen, Schwerhörigkeit, Ohrensausen. Als objective Symptome findet man im knöchernen Gehörgange bei Anwesenheit des Aspergillus niger sammetartige oder kohlenstaubähnliche Ueberzüge, welche eine Ausspritzung mitunter in Fetzenform herausbefördert. Das Pilzlager liegt auf dem Stratum Malpighi und haftet oft sehr fest, nach seiner Entfernung sieht man den knöchernen Gehörgang im Zustande der Entzündung. Asperg. flavescens erscheint als gelber lycopodiumähnlicher Staub. — Drei Fälle aus Souls eigener Beobachtung verliefen ohne besonderes Interesse. Die Diagnose stützt sich auf die Merkmale der Otitis externa und den Befund der Pilze. Entscheidung bringt das Microscop. Zur Darstellung der Pilze, unter denselben werden mehrere Verfahren angegeben, auch Färbung mit Picrocarmin und Eosin. Manchmal erscheinen Culturen angezeigt. Zu diesem Zwecke dient die von Roulin wiedergegebene sehr complicirte Nährflüssigkeit oder die einfacheren Züchtungsmethoden nach Siebenmann auf Fließpapier und Brotschnitten, nach Blake auf Citronenschalen. Souls' Culturversuche auf Agar und Gelatine mißlangen, weil die in den ausgesäeten Substanzen reichlich vorhandenen Bacterien den Nährboden rapid unbrauchbar machten.

Endlich wird die Wichtigkeit von Reinculturen betont, da die Pilze

Digitized by Google

je nach dem Nährboden verschiedene Formen annehmen könnten. Trotzdem kann die botanische Diagnose des Pilzes schwer, ja unmöglich sein. Die Keimfähigkeit der Sporen des Asperg. niger wird durch Alcohol, Naphtalin, Jodoform, 2proc. Carbollösung nicht beeinträchtigt, wohl aber durch Argent. nitric 1:160000, Sublimat 1:500000, Platinchlorid 1:8000 und Cuprum sulfur 1:240. Durch Oel wird sie begünstigt.

Souls unterscheidet mit Dubreuilh 2 Formen: bei der ersten füllt das Pilzgewebe allein den Gehörgang, der im Zustande der Reizung befindlich massige, seröse Secretion zeigt. Diese Form sei die hartnäckigere und leicht recidivirende, im Gegensatz zur zweiten Form, bei welcher der Pilz sich auf einem Ceruminalpfropf angesiedelt hat, nach dessen Entfernung die Heilung eintritt. Der Verlauf kann acut und chronisch sein. Selbstheilung, Recidiven und Reinfectionen kommen vor. Die Prognose ist gut, doch kann durch Complicationen seitens des Trommelfelles oder der Paukenhöhle Gehörschwächung bleiben.

Die Therapie sei eine prophylactische: feuchte Zimmer und Frucht-Dörr-Räume sollen nicht bewohnt werden. Die locale Behandlung soll mit der mechanischen Entfernung der Pilzmassen beginnen, welcher die Einführung von Substanzen zu folgen hat, welche Entwickelung der zurückgebliebenen Pilzreste und Sporen hemmen.

In einigen Schlußthesen wird der Inhalt der Arbeit kurz recapitulirt.

Dr. R. Hitschmann.

---

b) Rhinologische:

Behandlung der sogenannten „Pfundnase". (Traitement du nez d'une livre.) Von Dr. Dupré. (La chirurgie de Bruxelles 1891 und Revue de laryngologie 1892 No. 1.)

In Belgien, dem Lande, wo der Burgunder hoch in Ehren steht, ist die Pfundnase ziemlich häufig. Patient hatte eine apfeldicke, mit tiefen Furchen und hervorstehenden Knoten versehene Nase, welche den lächerlichsten Anblick darbot. Verf. verwirft das Brennen mittelst Glüheisen; er hat Stücke, wie wenn man eine Melone bei Tische vertheilen wollte, aus der betreffenden Nase geschnitten und mittelst Naht vereint; prima intentio und gänzliche Heilung.

D. P. K.

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Die Seltenheit der corticalen Larynx-Paralysen betreffend. (A propos de la rareté des paralysies laryngées corticales.) Von Dr. Paul Rangé (de Challes). (Arch. internat. de laryngol., de Rhinolog. etc.) Juli-August. 1892. Bd. V. No. 4.

R. giebt nicht zu, daß eine notwendige wechselseitige Beziehung zwischen der Form einer motorischen Störung und der sie erzeugenden anatomischen Ursache besteht, auch nicht, daß die einfache Untersuchung der Glottis im Falle einer Lähmung genügt, um daraus sichere Schlüsse auf deren Herkunft zu ziehen. Weder die äußeren Symptome, noch das

Digitized by Google

Laryngoscop seien hierfür maßgebend. Beides könne wohl zu einer Wahrscheinlichkeitsdiagnose führen, eine absolute Sicherheit aber erbringe in der Regel erst die Autopsie. — R. glaubt, daß die Fälle dieser Art an und für sich gar nicht so selten seien, sondern daß die Schwierigkeit der Diagnose den Mangel an (guten) Beobachtungen erkläre.

Beschorner.

Bemerkung zur Frage der Contractur des musc. ary-arytaenoideus. Versuch, die laryngoscopischen Erscheinungen zu erklären, welche Gerhardt der doppelseitigen und completen Lähmung der musculi crico-arytaenoidei postic. zugesprochen hat. (Note sur la contracture du muscle ary-arytenoidien. Essai d' interprétation des signes laryngoscopiques attribués par Gerhardt „à la paralysie bilatérale et complète des muscles crico-aryténoidiens postérieurs.") Von Dr. Albert Ruault. (Arch. internat. de laryngol., de Rhinolog. etc. Juli-Aug. 1892. Bd. V. No. 4.)

Auf Grund namentlich der Forschungen von Longet, Jeanselme und Lermoyez über die Wirkung des musculi ary-arytaenoidei und derjenigen von Rühlmann, Hayes, Jelenthy über die Wirkung der musculi crico-arytaenoidei postici, glaubt R., daß, abgesehen von der Hysterie, die isolirte Contractur des m. ary-arytaenoid., fast immer secundärer Natur sei und einer isolirten Lähmung des Antagonisten folgt, eben einer Lähmung, welche, wenigstens im Beginne nur das äußere Bündel des m. crico-arytaenoid. postic. betrifft, während sie das innere Bündel dieses Muskels frei läßt. Da diese beiden Bündel in Wirklichkeit zwei ausgesprochene Muskel bilden, physiologisch freilich mehr als anatomisch, so ist die Annahme wohl berechtigt, daß sie auch isolirt ergriffen werden können.

Beschorner.

Sarcom der Tonsille. Schwierigkeit der histologischen Untersuchung. (Sarcome de l'amygdale. Difficulté du diagnostic histologique.) Von Dr. Luc. (Arch. internat. de laryngolog., de Rhinolog. etc. Juli-Aug. 1892. Bd. V. No. 4.)

Es handelt sich um einen 50jährigen Kranken mit Anschwellung der linken Tonsille und Exulceration derselben. Probeexcision ließ nach microscopischer Untersuchung einfache Mandelhypertrophie mit abnormer Vermehrung der lymphoiden Zellen erkennen. Circa acht Wochen darauf und nach weiterer Ausbreitung des Geschwürsprocesses gleiches Resultat der histologischen Exploration. Wieder nach etwa acht Wochen ließ das Gesamtbild der Affection keinen Zweifel mehr zu, daß es sich um eine maligne Neubildung handele. Die submaxillaren Drüsen linkerseits waren geschwellt, Schlingbeschwerden und lancinirende Schmerzen hatten sich eingestellt. Erneute microscopische Untersuchung ergab jetzt als Resultat die Existenz eines Lympho-Sarcoms. Operation vor wie nach unausführbar.

Beschorner.

Oesophagusverstopfung durch ein falsches Gebiss. (Occlusion de l'oesophage par une pièce dentaire). Von Dr. Lennox Browne. (Association britannique de laryngologie et d'otologie 7. Juillet 1892 und semaine medicale N. 34 1892).

Ein 36jähriger Mann hat Dysphagie und rauhe Stimme. Vor drei Jahren hatte er sein künstliches Gebiß verschluckt. Extrationsversuche,

Digitized by Google

sowie Versuche den Fremdkörper in den Magen zu stoßen mißlangen. Linkes Stimmband unbeweglich, sonst Larynx normal. Eine Sonde stößt 20 cm von den Zahnreihen entfernt auf ein Hinderniß; etwa 5 cm unterhalb der Höhe der cartilago cricoidea fühlt man recht gut den Fremdkörper links am Oetophagus. Chloroformnarcose, Extraction auf natürlichem Wege der einen Hälfte, während die andere Hälfte im Oesophagus stecken blieb; nacher gelang die Extraction der zweiten Hälfte. Blutung unbedeutend. Heilung nach 8 Tagen. Dr. P. K.

Der Athemmechanismus bei den Sängern. (Du mécanisme de la respiration chez les chanteurs.) Von Dr. Joal. (Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie 1893 Nr. 8, 9, 10).

Nach einigen mehr an den Nichtarzt gerichteten einleitenden Bemerkungen, kommt V. zu dem Schluß, daß das Athmen während des Singens durch Erweiterung der unteren Thoraxparthie sich machen soll. Ohne den von Mandl zur Zeit gegen das Claviculum-Athmen beschriebenen Schäden beizustimmen, glaubt V. das Claviculum-Athmen nur ausnahmsweise gestatten zu müssen, so z. B. bei angeborenen Fehlern, welch' letztere entweder angeboren oder durch zu starkes Schnüren hervorgebracht sind. Das abdominale Athmen kommt bei nicht civilisirten Frauen (ohne Corset) ebensowohl wie bei uns Männern als Regel vor; bei unseren Frauen ist das Claviculum- und obere Thoraxathmen als das gewöhnliche zu beobachten. Das Claviculum-Athmen eignet sich deshalb noch nicht als das beste beim Singen bei Frauen. Im Gegentheil Männer wie Frauen sollen beim Singen die untere Thoraxparthie ausdehnen, dabei das Abdomen leicht einziehen und die oberen Rippen nebst clavicula im Zustande der Ruhe lassen; junge Mädchen sollen also, wenn sie Sängerin werden wollen, nicht stark schnüren. Bei Sängerinnen soll man aber andererseits das als das beste oben genannte Athmen nicht mit aller Gewalt wollen durchführen, sondern wenn man sieht, daß das untere Thoraxathmen darchaus nicht gelingt, soll man von weiteren Versuchen abstehen; V. erzählt ein Beispiel, wo eine gute Sängerin durch die Halsstarrigkeit des Gesanglehrers ihre Stimme einbüßte, währenddem sie beim Claviculum-Athmen durch ihren Gesang glänzte. Alle Experimente beweisen übrigens, daß beim Bauchathmen vielmehr Luft in die Lungen dringt als beim Claviculumathmen und das allein genügt als Beweis. Aber die übertriebenen von Mandl seiner Zeit gerügten Uebelstände des Claviculumathmens sind auch nicht anzunehmen; man sieht sehr gute Sänger (Melchissedec in Rigoletto, in der Afrikanerin, in Wilhelm Tell) welche mit der oberen Thoraxparthie athmen. Die Unbeweglichkeit der Rippen, wenn selbe überhaupt bei Gesangsanstrengungen möglich ist, ist aber auch zu verwerfen; im Gegentheil, mit dem Bauchathmen muß sich eine Costalbewegung ausführen; dies beweisen übrigens alle physiologischen Lehrämter sowie der schön gebaute Thorax bei ausgebildeten Sängern. Die Anhänger des exclusiven Bauchathmens, wenn selbes überhaupt beim Sänger möglich ist, sind also auch im Irrthum; das exclusive Bauchathmen kann nicht ohne Einfluß auf die Bauchorgane, namentlich bei Frauen sein, wovon V. zwei eclatante Beispiele erzählt.

Theoretisch, sowohl als spirometrisch ist nachzuweisen, daß beim

Digitized by Google

Costalathmen durch die untere Thoraxparthie der Thorax sich am meisten ausdehnt; mithin am meisten Luft aufnimmt. Daß dies von ungeheurem Nutzen für den Sänger ist, versteht sich von selbst.

Die Kunst des geschulten Sängers besteht nun darin, daß er immer nur soviel der eingeathmeten Luft durch die Glottis ausströmen läßt, als genau zur Production des gewollten Tones nothwendig ist. Während des Singens dürfen die Inspirationsmuskeln nicht erschlaffen (Fehler, den die ungeschulten Sänger begehen), sondern sie müssen mit einer gewissen, den geübten Sängern eigenen Kunst contractirt bleiben, um die Töne länger anhalten und die Stimme moduliren zu können; daß dieses sich am besten durch die inspiratorischen Thonmuskeln bewerkstelligen läßt, liegt auf der Hand, und dies ist ein neuer Beweis, daß die untere Costalathmung beim Singen nothwendig ist; denn das beim Bauchathmen allein thätige Zwerchfell kann diese Modulation nicht vollführen. Das Einziehen der Bauchmuskeln beim Inspirium während des Singens darf nicht so ausgesprochen sein wie beim Clavicularathmen, sondern nur soviel es zur Fixirung der Baucheingeweide nothwendig ist; beim Exspiriren treten die Bauchdecken auch sehr wenig hervor, denn es sind meistens die Hypochrondien, welche sich einziehen. Verf. zählt nun eine große Anzahl Sänger und Sängerinnen auf, welche alle das Thoraxathmen mit leicht eingezogenem Abdomen beim Singen gebrauchen und das mit dem größten Erfolg. Vielleicht rührt der althergebrachte Gebrauch der Sänger, sich den Unterleib zu umbinden und so ein Stützpunkt für die Eingeweide zu haben, von dem Princip der nothwendigen Thoraxathmung her; auch Morell Mackenzie räth den Sängern an, eine Leibbinde zu tragen, und behauptet, daß das alte Wort der heil. Schrift; „Umgürtet eure Lenden" von diesem Princip herrühre. Verf. hat auch spirometrisch an vier Serien von Sängern und Sängerinnen recht hübsch nachgewiesen, daß beim Athmen der unteren Thoraxparthien mit leicht eingezogenem Unterleib am meisten Luft in den Thorax aufgenommen und mithin bedeutende Vorzüge beim Singen geschaffen werden. Da der Thorax nun auch als Resonator beim Singen dient, so ist ja auch klar, daß durch das oben angegebene Athmen der möglichst beste Resonator geschaffen wird.

Die recht gediegene Arbeit verdient von den Specialisten, besonders aber von den Gesanglehrern im Original gelesen zu werden.

Dr. P. K.

Krebs der Schilddrüse. (cancer du corps thyroide) von Dr. Porte. (Lyon médicale und Revue de laryngologie 1892, S. 2.)

Ein 51jähriger Mann hat einen Schilddrüsenkrebs, welcher in drei Beziehungen interessant ist. 1. Entstehen der Krebsknoten auf einem rechtseitigen, seit 25 Jahren bestehenden Kropf. 2. Das rasche Entstehen und rasche Wachsen (drei Monate). 3. Das Eitern des tumors, welches den Tod beschleunigte. Erstickung nach laryngotomie; der tumor ging bis an die Teilungsstelle der trachea, drückte letztere säbelscheidenartig flach und hat sie selbst angegriffen. Dr. P. K.

Digitized by Google

Diphteritis ähnliche angina bei secundärer Syphilis, nebst Beschreibung dreier Fälle. (De l'angina diphtéroide de la syphilis secondaire, trois observations). Von Dr. Robin und Dr. Deguéret. (Gazette médicale de Paris und Revue de laryngologie 1892, S. 2.)

Es giebt eine Form specifischer angina, welche schwer von Diphteritis durch das blosse Auge zu unterscheiden ist. V. geben drei an Frauen beobachtete Beispiele. Anamnese, das Allgemeinbefinden und die Entstehungsart helfen zur Differentaldiagnose. Dr. P. K.

Entfernte Folgen des Croup und der Tracheotomie. (Suites éloignées du croup et de la trachéotomie). Von Dr. J. Simon (Gazette des hôpitaux u. Revue de laryngologie. 1892. Nr. 6).

Wenn die Zahl der durch Tracheotomie bei Croup geheilten Kinder relativ groß ist, so ist andererseits die Zahl derer, welche im Alter von 25—30 Jahren sterben, sehr groß; selten überleben solche Kinder dieses Alter. V. ist nicht sicher, ob man diese große Sterblichkeit der diphteritischen Infection oder der durch die Operationsnarbe bedingten Verengerung zuschreiben soll. Dr. P. K.

Berichtigung.

In dem Referate über die Arbeit von Dr. P. Heymann: „Ueber gutartige Geschwülste der Highmorshöhle" (No. 9 dieses Jahrganges muß es pag. 257 Zeile 12 und 13 v. o. heißen: . . . nur vermißte er eigentliche Schleimpolypen, mehrfach in einer und derselben Highmorshöhle sitzend, merkwürdiger Weise vollständig. —

Beschorner.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen gesetzt honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

INHALT.

I. Originalien: Ziem: Zur Behandlung der paraauricularen Abscesse und der acuten Mittelohreiterung. — E. Schwartz: Zur Lehre von den Erkrankungen der Highmorshöhle. (Schluss). — Onodi: Die Bewegungen der Stimmbänder bei Durchschneidung der Vagusnerven. — Sedziak: Ein ungewöhnlicher Fall von Sarcomata multiplicia cutis et lymphosarcoma tonsillae dextrae. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Bericht über die an der Klinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Joseph Gruber im Jahre 1891 ambulatorisch behandelten Kranken. — Souls: Contribution à l'étude des Otomycoses. — b) Rhinologische: Dupré: Behandlung der sogenannten „Pfundnase". — c) Pharyngo-laryngologische: Rangé: Die Seltenheit der corticalen Larynx-Paralysen betreffend. — Ruault: Bemerkung zur Frage der Contractur des musc. ary-arytaenoideus. — Luc: Sarcom der Tonsille. Schwierigkeit der histologischen Untersuchung. — Lennox Browne: Oesophagusverstopfung durch ein falsches Gebiss. — Joal: Der Athemmechanismus bei den Sängern. — Porte: Krebs der Schilddrüse. — Robin und Deguéret: Diphtheritisähnliche Angina bei secundärer Syphilis, nebst Beschreibung dreier Fälle. — Simon: Entfernte Folgen des Croup und der Tracheotomie. — Berichtigung.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz).
Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthinerstr. 32.
Druck von Emil Billig, Berlin SW., Lindenstrasse 53.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER	**Dr. N. RÜDINGER**	**Dr. v. SCHRÖTTER**
Professor u. Vorstand d. Klinik für Ohrenkrankh. a. d. Univers. **Wien**	o. ö. Professor der Anatomie a. d. Universität **München**	o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität **Wien**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 1½ bis 2 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXVI. **Berlin, November 1892.** **No. 11.**

I. Originalien.

Zum Morbus Ménièri.

Aus meiner Praxis.

Von

Dr. **M. Tsakyroglous** (Smyrna).

Die Krankheit ist auch bei uns durchaus nicht so selten anzutreffen, wird aber gewöhnlich verkannt und entweder mit Magenleiden verwechselt oder auch für Neurasthenie oder Gehirncongestion gehalten.

Wir beobachteten sowohl Formen der classischen apoplectiformen Taubheit, als auch chronische Formen, die wir beide als primäre oder idiopatische bezeichnen können, und andere Fälle, die wir mehr als Complicationen oder als Nachkrankheiten von Ohrenaffectionen auffassen müssen. Es ergab sich als unumgängliche Notwendigkeit, daß auch leichtere Fälle, die wir behandelten, obwohl sie nicht alle Symptome der Krankheit aufwiesen, doch in den Rahmen des obigen Morbus eingefügt werden mußten.

Der am längsten dauernde Fall, den wir sahen, datirte seit 17 Jahren und die acute idiopathische M.-Krankheit war diejenige Form, welche öfters recidivirte und lang dauerte.

Digitized by Google

Die meisten Kranken schrieben die Ursache einer Erkältung zu. Drei ausgeprägte Fälle waren Folgen von Influenza, einer kam nach Typhus. Dreimal haben wir die Krankheit nach therapeutischen Eingriffen erstehen sehen. Einmal nach Mumps.

Die Anfälle waren von verschiedener Dauer; von wenigen Minuten, Stunden, bis zu Wochen und Monaten.

In zwei Fällen sahen wir die Krankheit begleitet von partiellen Muskelzuckungen. Und zwar im ersten Falle bei einem 40jährigen Manne, der seit vielen Jahren an periodischen Anfällen, anfangs von kurzer, später von wöchentlicher Dauer litt, welche wegen ihrer hochgradigen Patellarreflexe für einfache Neurasthenie, und manchmal für epileptische Symptome gehalten wurden. Bei starkem Auftreten der Anfälle waren dieselben von Zuckungen des homologen Oberarms begleitet. Bei diesem Kranken dauern die Anfälle, obwohl er sich einer gründlichen Behandlung der Pariser Autoritäten unterworfen, immer noch fort, und zwar mit kürzeren Zwischenpausen und längerem Anhalten des Anfalls.

Der zweite Fall war folgender:

Const. M., Bäcker, 61 Jahre alt, fiel mitten auf der Straße von Schwindel ergriffen zu Boden und mußte ins Krankenhaus gebracht werden. Nach 4 Tagen ward er uns zugeschickt wegen der gleichzeitig auftretenden fast völligen Taubheit.

Nach der Ausspritzung von Ceruminalpfröpfen auf beiden Ohren sahen wir das Trommelfell normal und leichte Injection der Hammergriffgefäße. Stimmgabel auf den Kopfknochen wurde nicht percipirt. Als wir aber die Catheterisation der rechten Eustachi'schen Röhre vornahmen, bekam der Patient bei der ersten Lufteintreibung Schwindel und clonische Zuckungen der homologen Gesichtshälfte und des Armes. Am folgenden Tage catheterisirten wir die andere Tube und bei der Lufteintreibung wiederholte sich der Vorgang des vorigen Tages. Wir verordneten Jodkali.

Als wir den Kranken nach zwei Jahren wiedersahen, hatte sich sein Zustand gebessert, so daß er die Uhr beim Andrücken an den Kopfknochen percipirte. Die Stimmgabelperception war verhältnißmäßig zurückgekehrt. Keine neuen Anfälle.

Bei einem 21jährigen Mädchen, deren Mutter geisteskrank starb, trat plötzlich die Krankheit auf mit Schwindelanfällen, Neigung zum Erbrechen, taumelndem Gang und Unfähigkeit zum Gehen und Stehen. Da sich binnen zwei Monaten die nicht plötzlich, sondern schleichend auftretende Schwerhörigkeit vermehrte, so bildete diese das prägnanteste Symptom der bis dahin für magenkrank gehaltenen Patientin, und indem wir auf Ménière'schen Schwindel diagnosticirten, gaben wir der Krankheit binnen wenigen Wochen ein schnelles Ende durch Chinin-Behandlung. Fünf Monate nachher bekam sie eine Keratitis interstitialis sinistra, welche, sowie nunmehr teilweise auch die Schwerhörigkeit dem Jodkali wich. Im vorliegenden Falle, wo die locale Untersuchung gar keine Anhaltspunkte gab mit Ausnahme einer leichten Einziehung des Trommelfells, glaubten wir es mit einer Krankheit angioneurotischen Ursprungs zu thun zu haben.

Nach Influenza sahen wir, wie oben erwähnt, zwei und zwar bemerkenswerte Fälle.

Dj. M., 35 Jahre alt, aus dem Binnenlande (vor 12 Jahren Syphilis),

Digitized by Google

wurde am 12. Januar vorigen Jahres von Influenza befallen, am 20. desselben Monats trat völlige Taubheit rechts mit Schwindel ein und bis zum 27. hatten sich alle Symptome der Ménière'schen Krankheit entwickelt, so daß er nicht vom Bette aufstehen konnte. Diese Symptome vermehrten sich noch in der Dunkelheit. Die Gegenstände sah er schwankend vor den Augen, zuweilen Flimmerscotome. Die behandelnden Aerzte wandten sogleich antisyphilitische Behandlung an, aber ohne jeden Nutzen, im Gegenteil mit Verschlimmerung der Symptome. Als Anfang März der Kranke zu uns kam, war der Zustand zwar etwas gebessert, doch dauerten Schwindel, taumelnder Gang, Augenphaenomene und die Taubheit rechts fort. Die Tuba rechts schwer durchgängig.

Nach Chinin und Ergotin (āā 0,80 täglich) und Lufteintreibung ward schon in 15 Tagen Besserung erzielt, mit Ausnahme jedoch der Schwerhörigkeit. Später nahm er Jodkali und nach zwei Monaten kehrte er in seine Heimat zurück. Wie er uns schreibt, dauert die Schwerhörigkeit rechts fort (Uhr nur in cont. ossium cap.).

Der zweite Fall war folgender:

Eine 58jährige Frau, die im Januar vorigen Jahres an Influenza gelitten hatte, verspürte seitdem ein geringes Sausen und dann und wann in Zwischenpausen von mehreren Tagen ein Stechen im rechten Ohr. Ungefähr drei Monate nach ihrer Erkrankung an Influenza sahen wir die Patientin. Mit Ausnahme einer leichten Trübung des Trommelfells rechts und einem zischenden Geräusche beim Catheterismus zeigte sie nichts abnormes.

Wir verschrieben Gurgelwasser, catheterisirten zweimal in einer Woche und wandten zweimal das Politzer'sche Verfahren an. Nach unserem letzten Besuch verließen wir die Patientin ganz zufrieden und als gesund. Einige Tage später, ungefähr 4 Monate nach der anfänglichen Krankheit, einen Tag nachdem sie im Wagen aufs Land gefahren war, bekam sie des Morgens einen heftigen Schwindelanfall mit Erbrechen, volle Taubheit rechts, Unfähigkeit, sich aus dem Bett zu erheben. Fieberfrei. Am folgenden Tage zu derselben Stunde wiederholte sich der Anfall und einen Tag darauf stellten sich rechts Nackenstarre und damit die Vorläufer einer nach vier Tagen tötlich verlaufenden Meningitis ein.

Was nun die Behandlung anbelangt, so können wir versichern, daß Chinin — sei es als Chininum sulfuricum oder Valerianicum oder Hydrobromatum — besonders in den eine chronische Form annehmenden Fällen von größtem Nutzen ist und daß Chinin in unseren Fällen keine Schwerhörigkeit verursachte. Dieselbe trat mit und ohne Chinin ein. Wir verordnen mit Chinin fast immer auch Ergotin. Gewöhnliche Dosis 0,60 bis 1 gr pro die. Bei den apoplektischen Fällen mit acutem Verlauf ist Chinin nach unserer Ansicht überflüssig und nur das Jodkali von großem Nutzen. Ein älterer College von uns, welcher 13 Jahre an obiger Krankheit litt, versichert uns, daß weder Chinin, noch Aconitin, noch irgend ein anderes Mittel, den Anfällen Einhalt thun konnte, außer dem Jodkali. Bei diesen Fällen glauben auch wir, ist von jeder localen Behandlung abzustehen. Andere Mittel, z. B. Pilocarpininjectionen, Antipyrin, haben wir ebenfalls angewendet, jedoch ohne wesentlichen Nutzen zu beobachten.

Digitized by Google

Alle leichten Menière'schen Fälle lassen sich gewöhnlich mit Chinin rasch heilen, so auch jeder von Ohraffectionen herrührender Schwindel.

Ueber Spontanheilung von Empyem der Highmorshöhle.

Von

Prof. Siebenmann in Basel.

In seiner „Lehre von den Naseneiterungen“ München 1893 sagt Grünwald (pag. 80), daß „für die Eiterung der Kiefernhöhle vermöge ihrer anatomischen Verhältnisse ein guter Ausgang (Spontanheilung) überhaupt nicht anzunehmen sei und, daß noch viel weniger jemals ein Fall von Spontanheilung chronischen Empyems dieser Höhle festgestellt worden sei.

Als einziges in der Litteratur erwähntes, von ihm aber beanstandetes Beispiel von Spontanheilung führt er einen Fall an, den auf meine Veranlassung hin nebst 30 anderen meiner Praxis entnommenen Fällen von Oberkieferempyem cand. med. Kuchenbecker zu einer Dissertation verwendet und in der Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1892 Nr. 5—7 veröffentlicht hat.

Diese 31 Krankengeschichten sind der Uebersichtlichkeit und Raumersparnis halber nur tabellarisch und anhangsweise aufgeführt und da haben sich denn — wie das bei solchen Zusammenstellungen leicht geschehen kann — einige Fehler eingeschlichen, welche bei meiner Revision der Arbeit nicht alle beseitigt worden sind. Der von Grünwald mit Recht beanstandete Lapsus besteht darin, daß Kuchenbecker bei dem betreffenden Fall (N. 12) ganz unrichtig und sinnwidrig den bei den übrigen Krankengeschichten stereotypen Passus „Anbohrung des Alveolarfortsatzes“ auch hier, in die Rubrik „Behandlung“ offenbar mechanisch hineingesetzt hat, statt diese Colonne hier unbeschrieben zu lassen.

Die betreffenden Notizen sind, wie Grünwald richtig bemerkt, vielleicht zu „lakonisch“ gehalten; andererseits aber liefert dieser Fall, soweit derselbe von mir verfolgt werden konnte, den Beweis, daß die Spontanheilung eines chronischen Oberkieferhöhlenempyems — wenn auch als Rarität — vorkommen kann und in der That „festgestellt worden ist.“

Diese beiden Gründe haben mich bewogen, im Interesse der Sache die fragliche Krankengeschichte in derjenigen Ausführlichkeit mitzutheilen, wie dies an Hand meines Journals möglich ist.

Anamnese vom 9. Mai 1890. Eugen Hummel, 26 Jahre, Färbereibesitzer in W.

Litt im August 1888, ohne aber jemals eine Anschwellung der betreffenden Wangengegend zu bemerken, an anhaltenden Schmerzen in der r. o. Zahnreihe, weshalb Pat. sich noch im nämlichen Monate von dem consultirten Zahnarzte den I. Molar extrahiren ließ. Der Zahn brach bei

Digitized by Google

den ersten Extractionsversuchen ab; die Wurzeln wurden in 2 weiteren Sitzungen entfernt. Die Zahnschmerzen verschwanden nicht sofort, sondern dauerten noch einige Tage länger an und verschwanden dann allmählig. Indessen aber war eine rechtsseitige continuirliche Supraorbitalneuralgie hinzugetreten und zugleich machte sich ein foetider Eiterabfluß bemerklich zunächst nur aus der betreffenden Alveole, dann aber auch aus dem rechten Nasenloch. Beide Eiterungen haben bis heute continuirlich angehalten. Zeitweise bläst oder saugt der Pat., um für einige Zeit von dem Gestank sich zu befreien, die offen gebliebene Alveole aus.

Ich notirte am nämlichen Tage folgenden Status:

Rechte Wange kaum merklich etwas aufgetrieben im Winkel zwischen Auge und Nasenflügel, ohne erhöhte Druckempfindlichkeit. Der I. Molar r. o. fehlt; an seiner Stelle eine seichte narbige Vertiefung und im Grunde derselben eine Oeffnung von ca. 4 mm Weite, aus welcher foetider Eiter abfließt. Die 3 mm dicke Sonde dringt sofort, ohne einen längeren Canal zu passiren, in die Höhle, überwindet weiter oben bei leichtestem Druck einen schwachen Widerstand (dünne septirende Membrane) und dringt dann, allseitig frei beweglich, noch eine weitere Strecke — im Ganzen 5 cm — nach hinten oben. Während dieser Sondirung fließt dickflüssiger foetider Eiter aus der Fistel. — Rechte Nasenhöhle in toto etwas hyperämisch; die mittlere Muschel auf beiden Seitenflächen von hellgrünem Eiter bedeckt. Die laterale Wand des (anatomischen) mittleren Nasenganges mit der Sonde weich auszuhöhlen aber nicht sichtbar vorgetrieben. Pat. kann durch Pressen bei geschlossenem Munde den Eiter mit Leichtigkeit in den mittleren Nasengang hinausblasen unter lauten Rasselgeräuschen. Bei der Durchspülung von der Alveole aus fließt die Injectionsflüssigkeit trüb aber schleimfrei und in continuirlichem Strahle durch die Nase ab.

Ich schlug dem Pat. vor, vom Zahnarzt sich eine Platte anfertigen zu lassen, welche zunächst mit einem stiftförmigen Obturatorium versehen worden wäre und welche zu temporärem Verschluß der alveolaren Oeffnung hätte dienen müssen. — Der auf den folgenden Tag wieder bestellte Kranke blieb indessen weg und bei einem späteren Besuche im September des nämlichen Jahres traf er mich nicht. Am 12. August 1891, an welchem Tage er sich unaufgefordert mir wieder vorstellte, notirte ich: Seit einigen Monaten von allen Beschwerden befreit, ohne daß zur Heilung etwas anderes gethan worden wäre, als das vom Pat. schon früher geübte Aussaugen des Höhlensecretes vom Munde aus. Die Oeffnung im Alveolarfortsatz ist fest vernarbt; der mittlere Nasengang normal, frei von Eiter.

Es handelt sich hier mehr um ein chronisches Oberkiefer-Empyem, welches acut auftrat in unmittelbarem Anschluß an eine schwierigere Zahnextraction. An Stelle des extrahirten Zahnes blieb eine ziemlich weite und relativ kurze Fistel zurück, deren Ursache vielleicht in einer natürlichen Dehiscenz des Bodens der Highmorshöhle, wahrscheinlich aber in vorausgegangenen cariösen Processen zu suchen ist. Diese Oeffnung gelangte ca. 3 Jahre nach ihrem Entstehen, ohne ärztliches Zuthun, gleichzeitig mit dem Empyem zur Heilung.

Digitized by Google

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Bericht

über die an der Klinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Joseph Gruber im Jahre 1891 ambulatorisch behandelten Kranken.

(Fortsetzung.)

Detail-Bericht.

Keloid am Ohrläppchen.

2 Fälle: 1 M. + 1 W. Bei beiden Patienten war das Keloid möglicherweise durch den Reiz von Messingohrgehängen entstanden, die in die Geschwulst förmlich eingewachsen waren.

R Sch., Ambul. Prot. Z. 54.631, zeigte bei seiner Aufnahme ein bohnengrosses Keloid an der Hinterfläche der linken Lobulus. In der Mitte der Geschwulst befand sich eine Delle, in deren Tiefe man mittelst einer Sonde auf eine Metallleiste stiess. Die Sondirung, wie auch etwas stärkerer Druck auf das Keloid waren sehr schmerzhaft.

Der Teil des Läppchens, wo das Keloid sass, wurde exeidirt, die Wundränder durch 3 Nähte vereinigt und ein Jodoformverband angelegt Nach 10 Tagen war die Heilung so vollständig, dass nur bei genauer Besichtigung eine feine, lineare Narbe am lobulus entdeckt werden konnte.

Verbildung der Ohrmuschel nach Variola.

(1 W.)

Am 2. Mai erschien Barbara W., 35 Jahre alt, Ambul. Z. 52.892, in der Ambulanz. Sie gab an, mit vollständig normalen Ohren geboren zu sein. Im 6. Lebensjahre erkrankte sie an Variola und sollen sich auf der rechten Ohrmuschel mehrere Pusteln befunden haben, durch deren Vereiterung und nachfolgende Vernarbung eine Difformität der Ohrmuschel zustande kam.

Status praesens: L. Ohrmuschel normal, 6 Ctm. lang; grösste Breite, vom Tragus gemessen 3 Ctm. R. Ohrmuschel nicht ganz 5 Ctm. lang, in derselben Höhe, wie links, $1^1/_3$ Ctm. breit. Der Helix grossentheils durch Eiterung zerstört, die erhaltene obere Partie $2^1/_2$ Ctm. lang; vom Anthelix nur einzelne Reste vorhanden. Die Concha fehlt ganz; Tragus normal. Oberhalb desselben zieht eine dünne dreistrahlige Narbe gegen den Rand der Ohrmuschel, welche in der Mitte, in der Höhe des oberen Bandes des Tragus, nach vorne geknickt erschien. Antitragus erhalten; der Lobulus fast auf das Doppelte verlängert. Der Gehörgang war in seinem äusseren Drittel etwas verengt, im weiteren Verlaufe vollkommen normal. Trommelfell und Hörweite normal.

Digitized by Google

Fremdkörper im äusseren Gehörgange.

In diesem Jahre gelangten im Ganzen 62 Fälle zur Beobachtung: 29 M.+33 W. Die Zahl der Extractionsversuche seitens Unberufener war auch heuer entschieden in Abnahme begriffen gegenüber früheren Jahren und betrafen dieselben meist von auswärts nach Wien gebrachte Kinder. 4mal mußte die Entfernung in der Narkose vorgenommen werden. In allen Fällen gelang sie auf dem Wege des äußeren Gehörganges. Der Art nach waren die Fremdkörper folgende:

10mal Bohnen, 8mal Kirschkerne, 6mal Maiskörner, je 4mal Kieselsteine und Johannisbrotkerne, ferner Wanzen, Ameisen, Fliegen, Papier, Zündhölzchen, Glasstücken, Kampher, Knoblauch, Watte.

Accumulatio cerumínis.

726 Fälle: 501 M.+225 W. Besonders bemerkenswert sind zwei Fälle; in dem einen litt ein Patient Jahre lang an Sausen am linken Ohre, welches, wie sich bei der Untersuchung herausstellte, von einem kleinen Cerumenstückchen erzeugt war, das brückenartig von der unteren Gehörgangswand gegen den Umbo hinzog. Nach Entfernung des Cerumens mittels Pincette verschwand das Sausen vollständig.

Der zweite Fall betraf ein Kind, das sich, wie die Mutter erzählte, in der Kindheit zwei Bohnen ins Ohr gesteckt hatte, von denen bloß eine entfernt worden war. Seit dieser Zeit bestehe zeitweilige Schwerhörigkeit. Die Untersuchung ergab als Ursache der Schwerhörigkeit Accumulatio ceruminis. Das ausgespritzte Ohrenschmalz enthielt in seiner Mitte wirklich eine Bohne.

Otitis externa circumscripta.

196 Fälle: 115 M.+225 W. Zeitweilig trat diese Erkrankung förmlich epidemisch auf. Bis auf wenige besonders hartnäckige Fälle gelang die Beseitigung dieser so schmerzhaften Erkrankung durch die an unserer Klinik seit Jahren bewährten Amygdalae aurium gelatinosae. Die wenigen obstinaten Fälle, sowie die Fälle von Abscessbildung im Gehörgange wurden nach den üblichen Methoden mit durchaus gutem Erfolge behandelt. Auffallend groß war im heurigen Jahre die Zahl der mit subperiostalen Abscessen combinirten Fälle von umschriebener Entzündung im äußeren Gehörgange. Fast immer war es möglich, durch Incision vom äußeren Gehörgange aus selbst ziemlich bedeutende Abscesse zur Heilung zu bringen und bloß 3mal unter 20 Fällen konnte die Incision von außen nicht vermieden werden.

Otitis externa diffusa.

Auch bei dieser Form der Entzündung des äußeren Gehörganges, die im Ganzen 72mal beobachtet wurde — 46 M. + 26 W. — leisteten die Amygdalae gelatinosae, wenn heftige Schmerzen und Schwellung im äußeren Gehörgange vorhanden waren, häufig sehr gute Dienste. Sonst wurde die übliche Therapie mit durchaus zufriedenstellendem Erfolge angewendet.

Digitized by Google

Ruptura traumatica membranae tymp.

16 Fälle: 11 M.+5 W. 6mal befand sich die Ruptur im vordern unteren, 3mal im hinteren unteren, je 2mal im vordern oberen und hinteren oberen Quadranten, je 1mal war knapp vor, resp. hinter dem Ende des Hammergriffs der Einriß erfolgt. 1mal fand sich eine doppelte Ruptur im unteren Segmente vor. Bezüglich der Form der Risse konnte man wahrnehmen, daß die dreieckige und rundlich ovale Form vorherrschte. Dreieckige Rupturen waren 4mal, ovale 3mal notirt. Außerdem waren 2 als spaltförmig verzeichnet. In allen Fällen konnte theils Narbenbildung, theils Atrophie des Trommelfelles in Folge chronischer Mittelohraffectionen nachgewiesen werden. Die Ursache der hier verzeichneten Rupturen waren nahezu immer Schläge, welche die Patienten auf das Ohr erlitten hatten. Erwähnenswert erscheinen außerdem noch mehrere Fälle, wo die Patienten sich selbst die Verletzung mit Haarnadeln, Zahnstochern und Ohrlöffeln zugefügt hatten. Interessant war ferner die Angabe eines Patienten, bei dem ein spaltförmiger Riß entlang des Hammergriffs bis knapp vor den kurzen Fortsatz hinauf constatirt worden war. Derselbe hatte sich wegen Sausens den kleinen Einger ins Ohr gesteckt in der Absicht, sich „das Ohr zu rütteln"; dabei war der Finger zuletzt so tief hineingeraten, daß er ihn nur unter ziemlich großem Kraftaufwande herausreißen konnte. Patient hörte dabei einen schußähnlichen scharfen Knall und bemerkte bei Anwendung des von ihm bereits jahrelang geübten Valsalva'schen Versuches, daß die Luft durchzischte. Bei seinem Erscheinen auf der Klinik wurde die oben erwähnte frische Ruptur constatirt. Unter antiseptischem Verschlusse des Gehörganges heilte die Rupturöffnung in wenigen Tagen vollständig.

Otitis media catarrhalis acuta.

347 Fälle: 235 M.+112 W. In diesem Jahre war die Zahl der acuten Fälle, gegenüber dem Vorjahre bedeutend geringer, da heuer die Influenza nur sporadisch auftrat. Dem entsprechend überwog auch bei den akuten Entzündungen die Zahl der leichten Fälle und war in der Regel die übliche Therapie von guter Wirkung. Im ganzen wurde bloß bei 30 Fällen die Paracentese mit durchaus ausgezeichnetem Erfolge geübt. In der Regel war die Heilung nach 10—14 Tagen erfolgt.

Otitis media suppurativa acuta.

141 Fälle: 96 M.+45 W. Besonders hier machte sich der Umstand geltend, daß heuer keine Influenza-Epidemie war. Auch bei der eitrigen Form der acuten Mittelohrentzündung waren die leichten nnd mittelschweren Formen überwiegend. Dennoch mußte in 40 Fällen die Paracentese des Trommelfells wegen heftiger Schmerzen und Fieber gemacht werden. Fast in sämtlichen derartig behandelten Fällen kam es ohne Complication zur Heilung. Nur 3mal war die Aufmeißelung des Warzenfortsatzes wegen Abscessbildung im Knochen unvermeidlich. Die Mehrzahl war mit Durchspülungen per tubam mit physiologischer Kochsalzlösung, sowie durch Anwendung des Leiter'schen Kühlapparates zur Heilung gebracht worden. Die Dauer der Behandlung war im Mittel eine vierwöchentliche.

Digitized by Google

Otitis media suppurativa chronica.

884 Fälle: 514 M.+370 W. Dazu 107 Fälle, die mit Polypenbildung verbunden waren (81 M+26 W.), in toto demnach 991 Fälle. Die Behandlung war die übliche mit antiseptischen Ausspülungen und nachfolgender Anwendung antiseptischer Mittel in Pulverform oder in Lösung. Von ausgezeichneter Wirkung erwiesen sich auch heuer die Jodoformtampons, nicht nur bei Perforationen des Trommelfelles, sondern insbesondere bei Eiterungen aus dem oberen Trommelhöhlenraume.

Besonders erwähnenswert sind folgende Fälle:

Herrmann T., Ambul. Prot. Z. 51.436, 53 Jahre alt, Schneider, litt seit 4 Jahren an Schwerhörigkeit und Sausen beiderseits, Otorrhoe links. Am rechten Ohr fand sich ein Mittelohrkatarrh, links eine chronische Mittelohreiterung mit doppelter Perforation. Eine Perforation befand sich im hinteren oberen Quadranten; man konnte in der Tiefe trotz der bedeutenden Schwellung und Auflockerung der Schleimhaut das Amboss-Stapesgelenk sehen.

Die andere Perforation sass in der memb. Shrapnelli. Sie war ziemlich gross und gewährte einen ganz guten Einblick in die Tiefe; die Schleimhaut des oberen Trommelhöhlenraumes war, wie in der Paukenhöhle, sehr stark secernirend, geschwollen, der Hammerhals sichtbar, nicht cariös. Bei der tactilen Untersuchung mit einer entsprechend gekrümmten Sonde konnte nirgends rauher Knochen nachgewiesen werden. Nach sorgfältiger Reinigung des Gehörganges wurde am 26. Jänner 1891 mit der zu diesem Zwecke von mir angegebenen Pincette ein Jodoformtampon durch die Perforatio memb. Sh. in den Atticus eingeführt, ein zweiter grösserer, der das ganze Trommelfell deckte, darüber gelegt und der Gehörgang mit Watte verschlossen.

30. Jänner Tamponwechsel. Secretion viel geringer.

15. Februar. Bisher Tampon 3mal gewechselt Secretion minimal.

5. März: Tampon ganz trocken. Nach der Herausnahme beide Perforationen vollständig trocken.

Unter den übrigen 6 Fällen, in denen die Tamponade von Erfolg war, ist besonders ein Fall mit beiderseitiger Eiterung aus dem Kuppelraume beachtenswert.

J. F. Arbeiter 23 Jahre alt, Ambul. Prot. Z. 52.450 erschien am 3. April in der Ambulanz mit beiderseitiger Otitis media supparativa chronica cum perforatione membranae Shrapnelli. Zuerst wurden die im oberen Trommelhöhlenraume angesammelten Retentionsmassen mittels Glycerineinträufelungen aufgeweicht und durch wiederholte Ausspülungen mit dem Drain entfernt.

Am 5. April wurde mit der Tamponade beider Attici begonnen, die in derselben Weise, wie vorhin angegeben, ausgeführt wurde.

6., 10., 15., 23., 25. April, 5., 20. Mai: Tamponwechsel.

Am 20. Mai Tampon beiderseits vollständig trocken, die Eiterung beseitigt Dieselbe kehrte in den nächsten Monaten nicht wieder.

Cicatrices membranae tympani.

172 M.+83 W., in Summa 255. Die Fälle von Narbenbildung im Trommelfelle wurden wegen des großen Interesses, den diese Formen bieten, separat verzeichnet. Auffallend war dabei die besondere Häufigkeit der Fixation der Gehörknöchelchen, deren Diagnose durch sorgfältige

Digitized by Google

Untersuchung theils mittels des Siegle'schen Trichters, theils mittels Sonde festgestellt wurde.

Am häufigsten war die Fixation des Hammers zu sehen, unter 52 Fällen 38 Mal.

Das meiste Interesse bieten mehrere Fälle von Fixation des Hammergriffes, bei denen es gelang, durch Lösung der Synechie und Wiederherstellung der verloren gegangenen Beweglichkeit des Hammers das Hörvermögen bedeutend zu bessern.

Simon W., 60 Jahre alt, Privat. Ambul. Prot. Nr. 52.130, erschien am 13 März in der Ambulanz. Er gab an, seit seiner Kindheit an beiden Ohren schwerhörig zu sein. Vor einigen Tagen sei ihm etwas ins rechte Ohr gefallen und bestehe seither starkes Sausen.

Status praesens: Beiderseits totale Destructio mb. tymp. Totale Narbenbildung rechts, links trockene Perforation, die Schleimhaut der Paukenhöhle sehnig weiss, glänzend. Besonders schön war der Befund am rechten Ohre, wo der an das Promontorium fixirte Hammer, das Amboss-Stapesgelenk, die Nische des runden Fensters, ein Theil der Sehne des Tensor tympani, die Chorda tympani und die Sehne des Stapedius sichtbar waren. Am Rande des vorderen Segmentes Kalkablagerungen. Nach Anwendung des Siegle'schen Trichters schwand das Sausen und besserte sich die Hörweite von 15 Ctm. auf 25 Ctm., links blieb sie auf 8 Ctm. bestehen.

Camilla G., 10 Jahre alt, Ambul. Prot. Nr. 52.128, litt seit frühester Kindheit an Schwerhörigkeit nach einer Scarlatina-Otitis. Seit 6 Wochen war links wieder Ohrenfluss aufgetreten. Bei ihrem Erscheinen am 12. März wurde folgender Ohrenbefund festgestellt:

Linkes Ohr: Profuse Otorrhoe, sehr übelriechend. Nach Entfernung der Eitermassen zeigte sich vollständige Destructio mb. tympani, Schwellung und Auflockerung der Paukenschleimhaut. Der Hammergriff deutlich zu sehen, auf das Promontorium retrahirt, frei. Hörweite für die Uhr (normal 4 M.) 10 Ctm.

Rechtes Ohr: Keine Otorrhoe, Trommelfell total destruirt, mehrfache Narbenbildung. Bei der Anwendung des Siegle'schen Trichters zeigte sich, dass der grösste Teil der Narbe an das Promontorium fixirt war. Der Hammer war sehr deutlich zu sehen; dessen kurzer Fortsatz stachelförmig vorspringend, der Griff sehr stark retrahirt, nach hinten oben dislocirt und durch breite Narbenzüge mit dem Promontorium verwachsen. Da ein Theil des Margo tympanicus durch die vorausgegangene Eiterung zerstört war, konnte man einen sehr guten Einblick in die hinteren Partien der Trommelhöhle gewinnen. Der Zugang zum runden Fenster, das Amboss-Stapesgelenk und die Sehne des Stapedius waren ausserordentlich deutlich zu sehen.

Da die Otorrhoe links durch einmalige Insufflation von Borsäure wahrscheinlich vollständig sistirte, erschien leider die Patientin nicht mehr an der Klinik und konnte demnach keinerlei Versuch der Hörverbesserung auf dem rechten Ohre gemacht werden. Die Hörweite betrug 5 Ctm. für die Uhr, 2 M. für die laute Sprache.

F. S., 36 Jahre alt, Schneider, Ambul. Prot. Nr. 53.502, leidet angeblich seit 12 Tagen am rechten Ohre an Schwerhörigkeit und Sausen. Am linken Ohre war er seit jeher taub. Bei seinem Erscheinen am 10. April fand sich beiderseitige Accumulatio cerumenis. Als er am 12. nach Entfernung des Cerumens nochmals untersucht wurde, zeigte sich folgender Befund:

Digitized by Google

Rechtes Ohr: Hörweite für die Uhr (normal 4 M.) 10 Ctm. Trommelfell und Membrana Shrapnelli, wie auch ein grosser Theil der äusseren Wand des oberen Trommelhöhlenraumes destruirt, durch Narbengewebe ersetzt. Kurzer Fortsatz stark vorspringend, Hammergriff steil auf das Promontorium retrahirt, das Ende des Hammergriffs durch narbige Stränge mit der Paukenwand verwachsen. Im hinteren oberen Quadranten das Köpfchen des Steigbügels, ein Theil der Schenkel desselben, die Sehne des Stapedius, wie auch die Chorda tympani sichtbar. Auch die Nische des runden Fensters war deutlich zu sehen. Durch die Zerstörung der lateralen Atticuswand war ein grosser Theil des Kuppelraumes freigelegt und sah man den Hammerhals und einen grossen Theil des Hammerambossgelenkes durch die durchsichtige Narbe, welche an Stelle der Membrana Shrapnelli sich befand. Der Amboss selbst war bedeutend dislocirt und im Ambossstapesgelenk luxirt, so dass, wie oben geschildert, das Stapesköpfchen frei stand. Bei der Anwendung des Siegle'schen Trichters bewegte sich die Narbe oberhalb des kurzen Fortsatzes, wie auch Theile der Trommelfellnarbe sehr lebhaft.

Linkes Ohr: Hörweite 1 Ctm. Befund ähnlich dem der rechten Seite.

Auch dieser Patient begnügte sich mit der durch Entfernung des Cerumens erlangten Hörweite und erschien nicht mehr an der Klinik.

Es mögen nun mehrere Fälle Erwähnung finden, in denen mit glücklichem Erfolge die Hörverbesserung durch operative Eingriffe unternommen wurde.

Leon G., 32 Jahre alt, Geschäftsmann, Ambul. Prot. Nr. 53.593, erschien am 17. Juni in der Ambulanz. Er gab an, links seit 10 Jahren, rechts seit 2 Jahren schwerhörig zu sein.

Status praesens 17. Juni. Rechtes Ohr: Totale Narbe. Bei der Untersuchung mit dem Siegle'schen Trichter bleibt der Hammer und der grösste Theil der Narbe unbeweglich. Im hinteren oberen Theile die Gegend des ovalen Fensters durch braune Massen verdeckt. Uhr 7 Ctm., Conversationssprache 2 M.

Linkes Ohr. Accumulatio ceruminis. Am 20. Juli erschien Patient abermals auf der Klinik mit dem Wunsche, man möge an ihm nöthigenfalls eine Operation versuchen, um sein Gehör zu verbessern. Thatsächlich gelang es, durch die Synechotomie sein Hörvermögen bedeutend zu heben. Es wurde dabei in der Weise vorgegangen, dass mit einem kleinen Messerchen die radiär vom Hammergriffende zur Paukenwand hinziehenden bindegewebigen Stränge durchschnitten und mit dem Synechotom (Wreden) dann der Hammergriff vollends degagirt wurde. Die Hörweite stieg auf 50 Ctm. für die Uhr, 4 M. für die Flüstersprache.

Am 3. September verliess Patient Wien mit einer Hörweite von 5 M. für die Flüstersprache.

M. B., 52 Jahre alt, Tischlersgattin. Ambul. Prot. Nr. 53.950, stand bereits vor 4 Jahren unter ambulatorischer Behandlung. Damals hatte sie an beiderseitigem Ohrenflusse gelitten, welcher vollständig beseitigt wurde. In der letzten Zeit trat starkes Sausen im linken Ohre auf. Bei ihrem Erscheinen am 8. Juli wurde folgender Befund constatirt:

Rechtes Ohr. Accumulatio ceruminis.

Linkes Ohr. Im hinteren Segmente des Trommelfelles eine sehr dünne am Promontorium anliegende Narbe, durch welche man die beiden Fenster sieht.

Digitized by Google

Der vordere Theil des Trommelfelles grau, verdichtet. Der kurze Fortsatz stark vorspringend, Hammergriff retrahirt, nach hinten dislocirt, durch mehrere derbe, radiäre, ligamentöse Narbenstränge fixirt. Bei der Untersuchung mit Siegle's Speculum war der Hammergriff und das vordere Segment des Trommelfelles absolut unbeweglich; die Narbe hingegen zeigte besonders hinten oben sehr lebhafte Beweglichkeit. Die Hörweite betrug für die Uhr 2 Ctm. (normal 4 M), für die laute Sprache 2 M.

Am 11. Juli wurde die Lösung der Synechie vorgenommen. Bis dahin war die Behandlung mittels Luftdouche ohne Resultat geübt worden was auch erklärlich war, da die Luft gar nicht in die Paukenhöhle drang. Beim Katheterismus hörte man wohl das Einströmen der Luft in die ziemlich weite Tuba, aber die Inspection ergab, dass die so leicht bewegliche Narbe ihre Lage absolut nicht änderte. Es wurde daher die operative Behandlung in der Weise vorgenommen, dass die radiären Stränge einzeln durchschnitten und mit dem Synechotom der Hammer und der fixirte Theil des Trommelfelles gelöst wurden. Daraufhin trat sofort eine überraschende Hörverbesserung ein: Uhr 40 Ctm, Flüstersprache 3 M., Conversationssprache durch den Saal (8 M.). Nach Anwendung der Luftdouche stieg die Hörweite auf 65 Ctm. für die Uhr und 6—8 M. für die Flüstersprache. Das Ohr wurde nun durch Jodoformgazetamponade vor schädlichen Einflüssen geschützt und Patientin durch mehrere Wochen beobachtet. Am 20. September wurde sie endgiltig mit einer Hörweite von ca. 8 M. für die Flüstersprache mit der Weisung entlassen, von Zeit zu Zeit an der Klinik zu erscheinen.

J. G., 43 Jahre alt, Agent, Ambul. Prot. Nr. 54.326, leidet seit Jahren an Schwerhörigkeit beiderseits. Am 30. Juli erschien er zum ersten Male in der Ambulanz der Klinik wegen starker Schmerzen, Sausens und heftiger Cephalalgie.

Status praesens: Rechtes Ohr. Narbe im hinteren Antheile des Trommelfelles, durch welche man den Zugang zum runden Fenster, nach oben davon das Ambos-Stapesgelenk sieht. Bei der Anwendung des Siegle'schen Trichters bewegt sich die Narbe sehr lebhaft, der Hammer anfangs gar nicht; nach mehreren sehr kräftigen Aspirationen scheint eine kleine Locomotion derselben stattzufinden.

Linkes Ohr. Narbe im hinteren Segmente, Stapes-Ambossgelenk, Nische des runden Fensters sichtbar; Hammergriff retrahirt, durch eine nach hinten sich verbreiterndes, dreieckiges, sehnig glänzendes Ligament an die Paukenwand befestigt. Beim Siegle wird Fixation der Narbe an einzelnen Stellen beobachtet, sonst lebhafte Bewegungen; Hammersynechie. Hörweite beiderseits 10 Ctm. für die Uhr, Flüstersprache 1·5 M.

3. September. Beiderseitige Synechotomie. Patient fühlt sich bedeutend erleichtert und äussert unverhohlen seine Freude über das Schwinden der lästigen subjectiven Gehörsempfindungen. Hörweite für die Flüstersprache 5 M., Conversationssprache durch den Saal.

10. September. Status idem. Hörweite constant gebessert. Incisionen geheilt.

(Schluss folgt).

Digitized by Google

III. Jahresbericht aus dem Ambulatorium und der Klinik für Ohren-, Nasen-, Hals- und Rachenkranke. 1. Januar 1891 bis 1. Januar 1892. Dr. G. Stetter. Docent für Chirurgie und Ohrenheilkunde zu Königsberg in P.

Das wichtigste Ereignis im abgelaufenen Jahre war die Umgestaltung des Königsberger Ambulatorium für Ohren-, Nasen- und Rachenkranke in eine Klinik und Poliklinik. An dieser Anstalt wurden im Ganzen 1053 Patienten, u. zw. 766 Ohren-, 207 Nasen-, 80 Halskranke behandelt. Mehr als die Hälfte aller Ohrenkranken entfällt auf Patienten im Alter unter 20 Jahren. Eine Tabelle giebt Auskunft über die Krankheitsformen. Von besonderem Interesse waren die zahlreichen Ohrenaffectionen nach Influenza, welche während des ganzen Berichtsjahres in Königsberg herrschte. Im Gegensatze zu den Beobachtungen anderer sah Stetter nach Influenza im Anfange stets eine Otitis externa diffusa, der erst später die eitrige Mittelohrenentzündung folgte, doch gingen diverse Fälle auch ohne Betheiligung des Mittelohres in Heilung über. Verf. versteht unter Otitis externa diffusa jede diffuse Entzündung des äusseren Gehörganges auch ohne sichtbare Veränderung am Trommesfelle.

Die Otitis externa diffusa wurde im letzten Jahre durchwegs mit täglich zweimaliger Einträufelung von Alcohol absolutus und Applicirung eines alcoholgetränkten Tampon in der Zwischenzeit behandelt, u. zw. mit ausgezeichnetem Erfolge. Manchmal wurde diese Therapie unterstützt durch warme Kataplasmen hinter das Ohr, um das Abströmen des Blutes aus den centralen Gefässbezirken nach den Hautgefässen zu erleichtern. Mittels dieser Methode wurde auch ein durch ein eingeführtes Pfefferkorn entzündeter Gehörgang in 6 Tagen so weit durchgängig gemacht, daß der vorher wegen der Schwellung nicht sichtbare Fremdkörper mit dem stumpfen Haken umgangen und herausbefördert werden konnte.

Versuche, mit Cocaïn während der Ohroperationen Analgesie zu erzeugen, fielen selbst bei Anwendung einer 20% Lösung negativ aus.

Von den Erkrankungen des Trommelfelles beschäftigte St. besonders die Sclerose. Er trennt die Sclerose der Mittelohrschleimhaut in diagnostischer und prognostischer Beziehung scharf von der des Trommelfelles. In allen Fällen von Sclerose des Trommelfelles lasse sich eine Gehörverbesserung durch Erhöhuug der Schwingungsfähigkeit des Trommelfelles erzielen.

Dies wurde durch Benutzung der resorbirenden Wirksamkeit des Sozojodides angestrebt und damit in sämmtlichen Fällen im Durchschnitt eine Verbesserung der Function von 11·3 cm in 35·9 Tagen erreicht, worüber eine ausführliche Tabelle genauen Aufschluß giebt.

Bei Otitis media purulenta bewährte sich Lysol in 1% Lösung als Eiterung beschränkendes, in 2—2½% Lösung als desodorisirendes Mittel.

Pulvis zinc. sozojod. mit Talc. venet. wurde bei Otitis media purulenta mit größeren Trommelfelldefecten verwendet. Die damit behandelte Anzahl der Fälle gestattet noch kein endgiltiges Urtheil über dieses Mittel. Die mit Natrium tetraboricum erzielten Resultate waren nicht so günstig wie die Jänike's.

Von 215 eitrigen Mittelohrentzündungen verliefen nur 9 Fälle mit Affection des Processus mastoideus, weshalb 4 mal Wilde'sche Incisionen

Digitized by Google

und 5 mal die Trepanation des Warzenfortsatzes nothwendig wurde, von denen ein Fall letal verlief.

Die Entfernung großer Ceruminalpfröpfe, welche sich weder durch Oeleinträufelungen noch durch Kalium carbonicum erweichen liessen, wurde derart vorgenommen, daß in einem derartigen Propf ein 3—4 mm tiefes Loch mit dem Tamponträger gebohrt wurde, worauf sich das Cerumen leicht ausspritzen ließ.

Von besonderem Interesse waren folgende Fälle:

1) Scheinbar einfache, die hintere Hälfte des Meat. audit. extern. ausfüllende, polypöse Wucherung, später successive Lähmungserscheinungen im Bereiche des IV.—XII. Hirn-Nervenpaares. Wegen der Wahrscheinlichkeit einer diffusen Basaleiterung: Trepanation im Os occipitis, auch nach Punction der Dura entleert sich kein Eiter. Nach $1^1/_2$ Monaten Exitus letalis. Sectionsbefund: Zerstörung des Felsen- und Hinterhauptbeines und des Clivus durch ein Rundzellensarcom mit jauchigem Zerfall.
2) Ein Cancroïd der hinteren Gehörgangswand wurde nach Ablösung der Ohrmuschel mit dem knorpeligen Mutterboden entfernt. Prima intentio in der Suturlinie.
3) Die Tenotomie des Tensor tympani wurde wegen äusserst quälender entotischer Geräusche an einem 58jährigen, fast total tauben Manne gemacht. Auf der einen Seite augenblicklicher, sehr guter Erfolg, auf der anderen Seite ohne Erfolg. Luftdouche brachte jedesmal Verschlimmerung.

St. erklärt sich gegen die in Ausbildung begriffene Polypragmasie bei Krankheiten der Nase und des Nasenrachenraumes und billigt operatives Vorgehen nur, wenn die medicamentöse Behandlung voraussichtlich wirkungslos oder langwierig ist. Muschelhypertrophien wurden, wenn die Nasenathmung behindert war, cauterisirt, um der durch die Mundathmung an den meist scrophulösen Kindern erleichterten Ausbildung von Lungenleiden vorzubeugen. Bei Pharyngitis granulosa wurden die Granulationsgeschwülstchen durch galvanokaustische Stichelungen verödet.

Eine Tabelle giebt Uebersicht über Gegenstand und Art der an der Anstalt im Berichtsjahre ausgeführten Operationen.

Dr. R. Hitschmann.

Ueber Operationen zur Verbesserung sowohl der Schwerhörigkeit, wie von Affectionen des Kopfes und der Ohren, Schwindel, veranlasst durch chronischen Catarrh des Trommelfells. Von S. Sexton in New-York. Zeitschrift für Ohrenheilkunde. XXIII. 2.

Bisheran hat bei den deutscheu Ohrenärzten die Verbesserung der Hörfähigkeit unter den Indicationen zur Entfernung des Hammers und Ambosses keine Rolle gespielt, weil die Resultate nach dieser Richtung hin keine verlockenden waren. Anders scheint es bezüglich der Erfahrungen amerikanischer Ohrenärzte zu stehen; denn S. empfiehlt die sonst nur zur Beseitigung chronischer Otorrhoen ausgeführte Extraction der cariösen Gehörknöchelchen auch bei Mittelohrsclerose auf den rigid gewordenen, sonst gesunden Hammer und, wenn erreichbar, Ambos auszudehnen, da jede andere Behandlung uns bekanntlich im Stiche läßt. In einer größeren Reihe derartig operirter Fälle hat S. sehr gute Resultate bezüglich anhaltender Verbesserung des Gehörs erzielt; sehr beschränkend

Digitized by Google

lautet jedoch der Ausspruch, daß besonders bei Personen über 40 Jahre keine auffallende Besserung einzutreten pflege. Um eine Regeneration des excidirten Trommelfells auf die Dauer zu verhüten, wartet S. zunächst die Neubildung der Membran ruhig ab und entfernt dieselbe dann auf's Neue; mitunter muß dies 2 oder 3 mal geschehen, bis eben die Neigung zur Regeneration erlischt. Einige Fälle illustriren das Angeführte.

Keller.

Beträchtliche Hörverbesserung durch Entfernung des Steigbügels. (Remarkable improvement in Hearing by removal of the Stapes.) Von Dr. Jack, Massachusetts. (Transactions of the American Otological Society, July 1892.)

Die bisherigen (cf. vorstehendes Referat) zum Zwecke der Hörverbesserung gemachten Operationen an den Gehörknöchelchen hatten vor dem Stapes Halt gemacht; J. thut, weil er mit den Resultaten noch nicht zufrieden ist, noch einen kühnen Schritt weiter und nimmt den Stapes weg und zwar, wenn keine Caries von andern Hörknöchelchen auch deren Beseitigung erfordert, mit völliger Erhaltung von Hammer und Ambos. Der Autor hatte in einem Falle, wo er wegen chronischer Otorrhoe den cariösen Hammer und Ambos entfernt hatte, auch das Stapesköpfchen entzündet gefunden, und, weil er bei Zurücklassung derselben sich keinen vollen Erfolg für die Heilung des Ohrenflusses versprechen konnte, es gewagt, gestützt auf die bekannten Extractionen des Stapes bei Thieren, auch diesen noch zu entfernen. Schon am folgenden Tage zeigte sich eine solch' auffällige Hörverbesserung, daß J. sich sofort entschloß, auch bei trockenem Mittelohrcatarrhe lediglich zwecks Hörverbesserung die Operation auszuführen, um so mehr, als die Reaction eine auffallend geringe war. Innerhalb weniger Wochen gelang ihm dies in 17 Fällen, von denen zwei sogar eine beträchtliche Ohreiterung aufwiesen, während es sich bei den anderen um abgelaufene eitrige Mittelohrentzündungen mit Perforation oder Trommelfellnarben, bei mehreren um reine Mittelohrsclerose handelte. Bei allen Fällen war die Gehörverbesserung, hauptsächlich für die Sprache, eine eclatante und blieb es während einer bis zur Abfassung der Arbeit 4 monatlichen Beobachtung. Die Reaction war stets eine auffällig geringe, irgend welche bedrohlichen Folgen stellten sich nicht ein, nach 1—2 Tagen konnten die Patienten das Bett verlassen, Schwindel und Erbrechen traten in stärkerem Maaße nur vereinzelt auf. Die Wichtigkeit des Gegenstandes begründet eine kurze Wiedergabe einzelner Operationsfälle, sowie der Operationsmethode. Was zunächst letztere betrifft, so excidirt J. ein umgekehrt V förmiges Stück Trommelfell über der Gegend des Ambos-Stapesgelenks, wodurch meist eine genügende Uebersicht über langen Ambosschenkel und Stapesgelenk sowie die etwaigen pathologischen Verwachsungen und sonstigen Verhältnisse gewonnen wird. Von größter Wichtigheit ist die nun vorzunehmende Durchtrennung des Stapedius, gelingt dieselbe nicht vollständig, so retrahirt später nach Durchtrennung des Ambos-Stapesgelenks der Muskelrest das Stapesköpfchen derart nach rückwärts, daß seine Auffindung die größten Schwierigkeiten verursacht. Die Tenotomie wird mit einem schlanken Messerchen[1]) ausgeführt, welches

[1]) Das betreffende Instrument, dessen Abbildung dem Texte beigegeben ist, ist nichts Anderes, als das Myringotom von Gruber. (S. dessen Lehrb. II. Aufl. S. 338).

Digitized by Google

hinter das Stapesköpfchen geführt wird und dicht am Knochen die Sehne trennt. Mit einem sehr kleinen, stumpfwinklig zum Stiele aufsitzenden dreieckigen Messerchen wird sodann die Gelenkverbindung zwischen Ambos und Stapes von hinten nach vorne zu durchtrennt; ist nun der Steigbügel noch nicht völlig gelockert, so geht man noch einmal mit einem spitzen Messerchen rings um das Köpfchen herum. Ein feines, rückwärts eingesetztes Häkchen entfernt nun den Stapes mit einem leichten Zuge, wobei sich eine Art saugender Bewegung bemerklich macht (some suction). Cocain zur Verhütung von Blutung auf dem kleinen Operationsfelde war nur selten nöthig. Nach der Operation wurde das Ohr mit aufsaugender Watte gut verstopft, einige Male auch Ausspritzungen mit Sublimatlösung gemacht. 2—3 Tage Bettruhe. Bei Ohreiterungen, abgelaufenen oder auch noch bestehenden, war die Operation allemal schwieriger als bei trockenem Catarrh. — 1. Fall ist der oben angeführte; 12jähriger Knabe: Verlangsamung des Pulses im Momente der Stapesextraction. Nach der Operation leichter Schwindel, kein Schmerz; alsbald gewöhnlich laute Sprache besser gehört, nach 19 Tagen 21 Fuß weit, Ohr trocken. 2. Fall. 12jähr. schwächlicher Knabe; chronische rechtsseitige Mittelohreiterung: kleiner Trommelfellrest, Hammergriff weggefressen. Gewöhnliche Sprache 10′. Trommelfell- und Hammerreste, sowie Ambos und Stapes entfernt; Ausspritzung mit Sublimatlösung (!); Wattepfropf. Während 24 Stunden heftiger Schwindel. 4 Wochen später Ohr fast trocken; Flüstersprache 8′, gewöhnliche Sprache 18′. — 3. Fall. 12jähriger Knabe, links chronische Ohreiterung mit kleiner Perforation in der M. Flaccida, übriges Trommelfell intact. Flüstern in 18″, gewöhnliche Sprache 20′; Uhr $^{4}/_{60}$. Entfernung des ganzen Trommelfelles und sämmtlicher Gehörknöchelchen; von der Stapesplatte blieb ein kleines Stück im Fenster zurück. Attic voll von Granulationen; Auslöffelung. Nach 3 Wochen nur noch geringe Secretion; Flüsterstimme 8′, gewöhnliche Sprache 20′. Uhr dagegen $^{2}/_{60}$. — 4. Fall. Schwächliche Frau; Narbe im Trommelfell in Folge vorausgegangener Mittelohreiterung. Nur Stapes entfernt; erschwert wegen Retraction des Knöchelchens durch den nicht völlig durchtrennten Stapedius. Schwindel und Brechneigung für 24 Stunden. Keine Pulsverlangsamung, keine Blutung. Uhr vor der Operation $^{3}/_{60}$, nach derselben $^{10}/_{60}$; gewöhnliche Stimme 15′, nachher 20′; Flüstern 8′. — 5. Fall. 40jähriger Mann. Seit 25 Jahren nach Ohreiterung sehr schwerhörig rechts; daselbst lästiger Kopfdruck; große Perforation, Hammergriff adhärent, langer Ambosschenkel nicht zu sehen, Stapesköpfchen mit einer dicken narbigen Membran bedeckt. Uhr $^{0}/_{60}$, Flüstern nicht gehört, laute Sprache 1′. Operation, die Hälfte der Fußplatte blieb stecken; trotzdem Hörschärfe am nächsten Morgen für Uhr $^{1}/_{60}$; lautes Flüstern 2′, laute Sprache 20′. In der 3. Woche Ohr geheilt; Gehör dasselbe geblieben. — 6. Fall. 20jährige Frau; bis vor 2 Jahren eitriger Ohrenfluß links; Trommelfell, Hammer und Ambos nicht mehr vorhanden, Stapes mit Narbengewebe bedeckt. Flüstern und gewöhnliche Sprache = 0, laute Sprache 1′. Uhr $^{0}/_{60}$. Stapes wird ganz entfernt; kein Schwindel oder Schmerz; Gehör beträchtlich alsbald verbessert. Flüstern 1′, gewöhnliche Sprache 15′, laute 20′, Uhr $^{1}/_{60}$. Nach 1 Monat Ohr trocken, Gehör dasselbe, so daß Pat. als Stenographin wieder thätig ist. — 7. Fall. 18jähriger Jüngling; rechtsseitige Schwerhörigkeit; Trommel-

Digitized by Google

fell zum Theil zerstört, Rest kalkig; bis vor einigen Jahren Ausfluß. Stapesköpfchen wird bei der Operation erst nach Ausschneiden meist verkalkter Adhäsionsbänder aufgefunden; es gelingt wegen fester Verwachsung im ovalen Fenster nur die crura stapedis stückweise zu entfernen; Fußplatte bleibt im Fenster zurück; Pulsverlangsamung. Kein Schmerz nachher. Gehör für Uhr erhöht von Contact auf $^{8}/_{00}$; gewöhnliche Sprache von 9 auf 30′ erhöht, Flüstersprache 4′. — 8. Fall. 17jähriges Mädchen. Große rechtsseitige Perforation, Stapesköpfchen durch dieselbe gut erkennbar; wird leicht entfernt; beträchtliche Pulsverlangsamung während der Bewegung des Stapes. Nach 17 Tagen der vorher bestandene Tinnitus geringer geworden; Gehör für Flüstersprache von 4 auf 15′ gestiegen, ebenso gewöhnliche Sprache weit besser gehört, sonderbarer Weise auch hier wieder ein schlechteres Hören der Uhr, vor der Operation $^{25}/_{00}$, nach derselben $^{13}/_{00}$. — 11. Fall. 35jährige Frau; vor 6 Monaten totale Taubheit links mit Tinnitus und Schwindel. Entstehung unbekannt. Trommelfell etwas verdickt. Stapes wird entfernt; Abends hörte Pat. schon mit dem linken Ohr; andern Morgen ergab sich: Flüstersprache 7′, gewöhnliche Sprache 10′, laute 20′; kein Schwindel mehr; nach 14 Tagen Wunde völlig verheilt, Gehör in demselben Umfange geblieben. — 12. Fall. 20jährige Patientin; seit einigen Jahren beiderseitiger trockener Mittelohrcatarrh; links war eine kleine Narbe am Trommelfell sichtbar, von früherer Otorrhoe nichts bekannt. Gehör daselbst sehr schlecht. Stapes entfernt, viele Adhäsionen. In den ersten Tagen etwas Schmerz und Schwindel, Temperatur in der ersten Nacht 1 über der Norm. Alsbald Gehör wesentlich besser, gewöhnliche Sprache von 1 auf 10′, laute Sprache von 4 auf 18′. Drei Monate später auf Wunsch der Pat. dieselbe Operation auf dem anderen Ohr mit demselben Effect für das Gehör.

Der Autor schließt seine höchst interessanten, wenn auch nach mancher Seite unvollständigen Mittheilungen mit dem Satze: „Wenn wir im Stande sind, Schwerhörigen durch die beschriebene, keine Gefahren in sich schließende Operation das Gehör wieder zu geben, so verdient dieselbe alle Beachtung.“ Die Gefahrlosigkeit der Operation wird allerdings ihr Schicksal in erster Linie entscheiden müssen.

Keller.

Ueber einen möglichen Fehler beim Valsalva'schen Versuch. (Sur une cause d'erreur possible dans l'épreuve de Valsalva). Von Dr. Lannois. (Revue de laryngologie 1891. No. 10).

Eine schwerhörige Dame zeigt ein deutliches Ohrenzischen beim Valsalva'schen Versuch, welches den behandelnden Arzt eine Perforation des Trommelfelles diagnosticiren ließ. Es war aber keine Perforation zu sehen. Eine genaue Beobachtung zeigte aber nachher, daß das Zischen nicht während des Valsalva'schen Versuches, sondern gleich nachher sich bemerkbar machte. Der Catheterismus des betreffenden Ohres zeigte übrigens, daß die Eust. Trompete fast gänzlich verstopft war. Das Zischen dauerte 10 Tage an; nachher war das Trommelfell nicht mehr geröthet und die Tuba durchgängig; das Zischen kam also in der Eustachischen Trompete zu Stande in dem Momente, wo die durch den Valsalva'schen

Digitized by Google

Versuch comprimirte Luft in dem Mittelohr zu entweichen suchte; das Trommelfell während der ganzen Dauer des Geräusches nach aussen gebaucht.
Dr. P. K.

---

b) Rhinologische:

Nasenpolypen im Alter unter 16 Jahren. Von Dr. Hopmann in Köln. (Berl. klin. Wochenschr. 1892. 32.)

H. führt an der Hand einer Statistik von 177 einschlägigen Fällen den Nachweis, daß das Vorkommen von Nasenpolypen im Alter unter 16 Jahren kein allzuseltenes ist; nach seinen Erfahrungen ereignet sich dasselbe einmal unter 25—30 Polypenfällen. Vornehmlich handelte es sich um Schleimpolypen, doch auch Himbeer- und Fleischpolypen wurden beobachtet.
Beschorner.

Ueber Rhinitis hypertrophica und Amenorrhoe. Von Dr. Fr. Oppenheimer. (Berl. klin. Wochenschr. 1892. No. 40).

Fünf Fälle von Amenorrhoe, bei welchen nach Abtragung der hypertrophischen hinteren Enden der unteren Nasenmuscheln die Menstruation regelmäßig wiederkehrte. O. will zwar aus der zu geringen Zahl von Beobachtungen noch keine bestimmten Schlüsse ziehen, hält aber doch nicht für unmöglich, daß die Beziehungen der beiden hierbei in Frage kommenden Organe als eine bisher nicht beobachtete Erscheinungsform der nasalen Reflexneurosen und zwar als einer vasomotorischen, zu deuten sei.
Beschorner.

Intraoculaire Augenaffectionen im Gefolge von Nasenkrankheiten. (Des affections intraoculaires consécutives aux maladies du nez. Von Dr. Ziem in Danzig. (Arch. internat. de laryngolog. etc. Bd. V, No. 5. Septbr.-Octbr. 1892.)

Ein 65jähriger Schmied litt an einem linksseitigen intranasalen, malignen Tumor, welcher sich nach dem Nasenrachenraum hin ausbreitete und die linke Hälfte desselben ausfüllte. Linksseitiger Exophthalmus und absolute linksseitige Amaurose. Infiltration der submaxillaren und corticalen Lymphdrüsen der betreffenden Seite. Operatives Vorgehen ausgeschlossen. Tod ungefähr 8 Wochen nach der ersten Untersuchung. Bemerkenswerth bei dem Fall war, daß einfache Injectionen von Salzwasser in die Nase mittelst Mayer'scher Spritze, durch welche große Mengen eitrigen fötiden Schleimes entfernt wurden und welche dem Kranken große Erleichterung gewährten, das Gesichtsfeld des rechten Auges erweiterten, so zwar, daß im Verlaufe von 8 Tagen nahezu normale Ausdehnung desselben erzielt wurde. Z. glaubt, daß es sich hierbei um eine, von den hyperämischen Gefäßen der Nase nach dem Innern des Augapfels zu fortschreitende collaterale Blutnase handelte, was um so glaublicher erscheint, wenn man die zahlreichen Anastomosen berücksichtigt, welche zwischen den Gefäßen der Nase einerseits und denen der Orbita und des Auges andererseits bestehen. Indem er nun die Nasenathmung wiederherstellte, die aspi-

Digitized by Google

ratorische Kraft der Lungen vermehrte, erleichterte er die gesamte Blutcirculation, somit auch die der Nase und der benachbarten Parthien (Proceß. ciliar., retina etc.) und erreichte das im vorliegenden Falle günstige Resultat.

Beschorner.

Nicht traumatische Verbiegungen der Nasenscheidewand. Classificirung. Embryologie. Allgemeine Regeln der Behandlung. Von Henri Chatellier. (Arch. internat. de laryngolog. etc. V. No. 3. May-Juny 1892.)

An Verticalschnitten durch die Nasenhöhlen 3—4monatlicher menschlicher Embryonen fand Ch. die Hauptpunkte, an denen sich ihrer Beschaffenheit nach am leichtesten und häufigsten die Verdickungen und Verbiegungen der Nasenscheidewand vollziehen und die Wachsthumsverhältnisse, welche das Zustandekommen jener bedingen. Dieselben werden an, nach der Natur gezeichneten und schematischen Abbildungen erläutert. Das Operationsverfahren muß dementsprechend darauf gerichtet sein, im ersten Falle die Verdickungen zu beseitigen und giebt Chatellier hierbei dem Bosworth'schen Verfahren mit Scheere und Säge den Vorzug, da es gleichermaßen der knorpeligen wie knöchernen Structur der Hyperplasie gerecht wird — im anderen Falle die Verbieguugen durch Verkürznng des Septums aufzuheben, ohne aber hierbei Weichtheile zu beseitigen, da sonst dauernde Perforation erzeugt würde. Zu diesem Zweck wendet er eine Methode mit Schonung der Schleimhaut, des Periosts oder Perichondriums an, die er in 5 Fällen mit vollem Erfolge ausgeführt hat, das aber wie er selbst zngesteht, bereits 1883 von Petersen, 1891 von Cholewa beschrieben worden ist.

Beschorner.

Ueber einige Uebelstände der Nasendusche und wie man selbe verhindert. (Sur quelques inconvénients de la douche nasale et sur le moyen de les éviter.) Von Dr. Juarez de Mendoza. (Revue de laryngologie 1892 No. 10).

Man muß zuerst die Permeabilität der Nasenhöhlen feststellen und wenn selbe nicht vollständig ist, muß man mit dem Galvanocauter behandeln, bevor man eine Medication mit Nasendouschen beginnt. Statt der gewöhnlichen Nasendouschen und Behälter, welche die Flüssigkeit unter immer wechselndem Drucke in der Nase fließen lassen, hat V. einen 200 Gramm enthaltenden Behälter anfertigen lassen, welcher immer unter gleichem Drucke arbeitet. Beschreibung und Anwendung des Apparates werden am besten im Original nachgelesen.

Dr. P. K.

Nasendeformation bei Idiotismus. (Déformation du nez chez les idiots.) Von Dr. Revillet. (semaine médicale und Revue de l'aryngologie 1892 No. 4).

Die Hälfte der Idioten haben eine Verkrümmung der Nasenscheidewand nach links, bis zur Nasendeformation, während das Uebel bei Gesunden selten ist; infolge dessen ist die Hypertrophie der Schleimhaut, der Muscheln und der Scheidewand linkerseits ein fast constantes Symptom.

Dr. P. K.

Digitized by Google

c) Pharyngo-laryngologische:

Beitrag zum Studium der Kehlkopf-Knorpelfracturen. (Contribution à l'etude des fractures des cartilages du larynx.) Von Dr. P. Heymann in Berlin. (Arch. internat. de laryngolog. etc. Bd. V. No. 5. Septbr.-Octbr. 1892.)

Die Ansicht von Arbuchnot Lane, daß Kehlkopf-Knorpelfracturen viel häufiger und von nicht so schwerer Bedeutung seien, als gemeiniglich angenommen werde, (L. fand bei 100 nicht ausgewählten Leichen des hôpital de Guy 9 Fälle derartiger geheilter Fracturen), findet in letzterer Richtung eine Bestätigung durch den von H. mitgetheilten Fall. Derselbe betrifft einen 37 Jahre alten Maler, welcher durch einen Sturz eine heftige Contusion der rechten vorderen Halsseite erlitt. Der laryngoscopische Befund und weitere Krankheitsverlauf ließ mit einiger Sicherheit auf Fractur der Ringknorpelplatte schließen. Die verhältnismäßig geringen Krankheitserscheinungen, inbesondere Dyspnoe, beträchtliche ödematöse Anschwellung des rechten Aryknorpels und Unbeweglichkeit des rechten Stimmbandes schwanden innerhalb von 6, danach auch das Sugilat innerhalb von 12 Tagen nach dem Unfall und konnte hierauf volle restitutio ad integrum constatirt werden.

Beschorner.

Ein Fall von Verletzung der Halswirbelsäule. Studie über die Beziehungen des Kehlkopfes zur Wirbelsäule. (Un cas de blessure de la colonne vertébrale, étude des rapports du larynx avec la colonne vertébrale.) Von Dr. Max Scheier in Berlin. (Arch. internat. de laryngolog. etc. Bd. V. No. 5 Septbr.-Octbr. 1892).

Die Angaben über Lageverhältnisse der einzelnen Theile der Halswirbelsäule zu denen des Kehlkopfes sind vielfach von einander abweichend und stützen sich zumeist auf Untersuchungen an der Leiche. Sch. hatte Gelegenheit dieselben, namentlich wie sie von Demme gemacht wurden, am Lebenden zu controliren und zwar an einem 30 Jahre alten Zimmermann, welcher von einem 20 Meter hohen Gerüst herabgefallen, sich eine Fractur, Bänderzerreißung und Luxation des 5. und 6. Halswirbels, mit nach 12 Tagen tötlichem Ausgange zugezogen hatte. So zeigte sich, daß der unterste Theil des Aryknorpels genau der Gelenkverbindung des 6. und 7. Wirbels, der Ringknorpel dem Körper des 6. und der unteren Parthie des Halswirbelkörpers entsprach. Die Spitze des Aryknorpels corespondirte mit der Höhe der oberen Hälfte des 5. Wirbels und die aufrecht stehende Epiglottis erreicht nahezu den oberen Rand des 3. Halswirbels. Bemerkenswerth in dem Falle war noch, daß durch die nahezu absolute Unbeweglichkeit, in welche der Kehlkopf infolge des Extensionsverbandes, der oberflächlichen Respiration und der nur flüssigen Ernährung des Kranken verharrt hatte, entsprechend der hinteren Fläche des Ringknorpels sich ein Druckgeschwür in der Größe eines 50 Centimestückes auf der hinteren Rachenwand gebildet hatte.

Beschorner.

Ueber die Behandlung hartnäckiger Eiterungen des sinus maxillaris. (Du traitement des suppurations rebelles du sinus maxillaire.) Von Dr. A. Cartaz. (Arch. internat. de laryngolog. etc. Bd. 2. No. 5. September-October 1892.)

Digitized by Google

In Fällen, wo hervorgerufen durch ganz besonders tiefgehende Störungen der Schleimhaut des sinus maxillaris, die Eiterung eine außergewöhnlich hartnäckige ist und lang fortgesetzte antiseptische Ausspülungen durch die perforirte Zahnalveole erfolglos sind, wendet C. zunächst Einblasungen von Jodoform oder Aristol, eventuell Injectionen von Zinkchlorur an, und wenn auch diese nicht zum gewünschten Resultate führen, eröffnet er die Highmorshöhle von der Fossa canina aus und läßt eine ausgiebige Curettage jener folgen. Die Beschreibung zweier so behandelter und geheilter Fälle zeugt von der Verläßlichkeit der Methode.

Beschorner.

Ueber einige, durch Hypertrophie der vierten Tonsille (Zungentonsille) hervorgerufenen Symptome. (De quelques Symptomes dûs a l'hypertrophie de la quatrième amygdale (amygdale de la langue.) Von Dr. Cl. Chauveau. (Arch. internat. de laryngolog. etc. Bd. 8, No. 5. Septbr.-Octbr. 1892.)

Ein 40 Jahre alter Schuster von robuster Constitution litt seit 10 Jahren an Halsbeschwerden, die sich innerhalb der letzten 3 bis 4 Jahre steigerten und schließlich in Anfälle ausarteten. Characteristisch waren dieselben durch plötzliche Schmerzen in der Gegend des linken großen Zungenbeinhorns, durch Würgegefühl, nach Wange, Ohr und linke Brust ausstrahlende Empfindungen, beträchtliche Speichelabsonderung und krampfhafte Erscheinungen in der ganzen linken Körperhälfte. Die Anfälle dauerten etwa $^1/_2$ Minute und wurden insbesondere hervorgerufen durch Schlucken fester Speisen. Da Patient dies mehr und mehr unterließ, litt am Ende die Ernährung in dem Maße, daß er körperlich in hohem Maße herunterkam und das Leben ihm zur Last wurde. Nach galvanocaustischer Zerstörung der hypertrophischen Zungentonsille sistirten die Anfälle und Patient genas vollkommen.

Beschorner.

Die Störungen der Sprache und Stimme bei Paralys. agitans. Von Dr. Rosenberg in Berlin. (Berl. klin. Wochenschrift 1891 No. 31.)

Die Beobachtung eines Falles von, seit 30 Jahren bestehenden Paralys. agitans bei einem 62jährigen Manne, der eine genaue laryngoscope Untersuchung gestattete und bei dem, was beachtenswerth, das velum palatinum und die Epiglottis an den Bewegungsstörungen theilnahmen, führt R. zu dem Resultat, daß die Motilitätsanomalien der Kehlkopfmusculatur bei der in Frage kommenden Krankheit zwar mancherlei Aehnlichkeit aufweisen mit den bei anderen centralen Störungen, insbesondere multipler Sclerose beobachteten, sich schließlich aber doch als absolut kenntlich von ihnen unterscheiden und daß anderseits dieselben Erscheinungen an den Larynxmuskeln beobachtet werden, wie an denen des übrigen Körpers — der Tremor, die Verlangsamung in der Ausführung intendirter Bewegungen, verbunden mit unverhältnissmäßiger Ermüdung.

Beschorner.

Ein durch halbseitige Exstirpation bislang geheilter Fall von Carcinoma laryngis. Von Dr. D. Kulenkampf und Dr. H. Naltenius. (Berl. kl. Wochenschr. 1892. No. 36.)

Digitized by Google

Absolute Einseitigkeit der Affection bei einem 59 Jahre alten, kräftig gebauten Manne, durchaus normales Aussehen der übrigen Theile des Kehlkopfes, frühzeitig auftretende, in den Nacken ausstrahlende, intermittirende Schmerzen und stetig zunehmende, sich bis zur völligen Fixation steigernde Schwerbeweglichkeit des erkrankten Stimmbandes, ohne daß die äußere Contur des betreffenden Aryknorpels irgend eine Veränderung erkennen ließ, stützten die Diagnose; beachtenswerth erschien das gänzliche Fehlen von Drüsenschwellungen am Halse, wodurch die Ansicht eine Bestätigung findet, daß vergrößerte Halsdrüsen fast mit Sicherheit darauf hinweisen, daß das Carcinom außerhalb des Kehlkopfes seinen Ursprung genommen, resp. wenn im Innern des Larynx begonnen, bereits auf die Umgebung übergegriffen hat. — Es wurde die halbseitige Exstirpation des Kehlkopfes vorgenommen. Der Zustand des Kranken ist bislang (10 Monate nach der Operation) ein ausgezeichneter. Die Stimme rauh und belegt, genügt vollständig, daß Patient sich über Tische in Gesellschaften oder an der Börse gut verständlich machen kann. Er vermag sogar eine Tonleiter von mäßigem Umfange wiederzugeben; es fehlt nur Ausdauer und Kraft beim Sprechen. — Die Untersuchung des Präparates ergab Carcinom; die neugebildeten Massen erstreckten sich nach abwärts bis an den Ringknorpel. Beschorner.

Einige Beobachtungen, das Erysipel des Kehlkopfes betreffend. (Quelques observations relatives à l'érisypèle du larynx.) Von Dr. Sokolowski in Warschau. (Arch. internat. de laryngolog. etc. B.I. V. No. 5, September/October 1892.

Mittheilung von vier einschlägigen Fällen. Im ersten, (junge Dienstperson) handelte es sich um phlegmonöse Entzündung des Kehlkopfs mit oedematöser Anschwellung, welche unzweifelhaft einer typischen angina lacunaris ihre Herkunft verdankte. In den Lumen der Mandeln wurden Streptococcen und Diplococcen nachgewiesen. Günstiger Verlauf; im zweiten (60 Jahre alte Dame) um eine ebensolche Entzündung, die mit eitriger Infiltration des Kehlkopfes, einem Gesichtserysipel und tötlich endete. Der dritte Fall, mit Heilung abschließend, betraf eine 30 Jahre alte Frau und mußte als acutes Kehlkopfoedem, hervorgerufen durch eine, in der Mandellocalisation, den Character einer diphteritischen Affection tragenden Entzündung, aufgefaßt worden; der vierte endlich (40 Jahre alte Frau) verlief gleichfalls günstig und ließ einen Zusammenhang zwischen der ödematösen Hyperämie des Kehlkopfes und der primären entzündlichen Rachenaffection erkennen. Die beiden letzten Fälle bezeichnet P. als gutartiges Kehlkopf-Erysipel. Beschorner.

Ueber die centripetale Leitung im nervus vagus und speciell im nervus laryngeus inferior. Von Dr. Burkart in Bonn. (Berl. klin. Wochenschr. 1891. No. 39.)

B. hebt die Thatsache hervor, daß die Narcose des Versuchsthieres von eminenter Bedeutung ist für das Ergebnis von Reizversuchen an den

Digitized by Google

im Stamm des N. vagus verlaufenden, mit den Athembewegungen in Beziehung stehenden centripetalen Nervenfasern und daß die Vernachlässigung dieser Thatsache zum allergrößten Theil die Differenz, welche bei den Experimentaluntersuchungen der verschiedenen Forscher über die Reizaffection (Athmung — Zwerchfell) am centralen Ende des N. vagus und des N. recurrens zu Tage getreten ist, erklärt.

Beschorner.

Kehlkopfbefund bei einer traumatischen Neurose. Von Dr. Benno Halz in Berlin. (Berl. klin. Wochenschr. 1892. No. 33.)

Ein 47 Jahre alter Locomotivführer erlitt i. J. 1887 beim Auffahren seiner Locomotive auf eine andere eine Quetschung in der Gegend der unteren Brustwirbel, ein Unfall, welcher eine Fülle von psychischen Störungen und lähmungsartigen Erscheinungen zur Folge hatte. Jetzt (1891) bestehen auf der linken Körperhälfte schwere neologische und sensible Anomalien, welch letztere Lähmung (Empfindungslähmung) in der Mundhöhle, im Pharynx, jedoch nicht im Kehlkopfe nachweisen lassen. Wohl aber besteht hier eine Parese der musculi adductores und der musculi cricoarytenoidei postici, welche sich durch die bei der Phonation und Respiration characteristischen Glottisbilder nachweisen läßt. Auf Grund der subjectiven Erscheinungen, sowie der objectiven Symptome, welche der Kranke darbietet, namentlich der Störungen der motorischen, sensiblen und sensorischen Sphäre, stellt H. die Diagnose auf ein schweres Leiden des Centralnervensystens, schließt wegen der Art, namentlich der Posticus-Parese und wegen der Beständigkeit der Localisation aller Erscheinungen, Simulation, Hysterie und Neurasthenie aus, faßt vielmehr die Affection als eine, durch Trauma hervorgerufene Sondererkrankung auf, bei welcher die rechte Hirnhemisphäre jedenfalls am meisten betroffen ist, während die motorische Region der Großhirnrinde, also Gyrus centralis anter. und poster., wie der lobul. paracentral., weil für den Ausfall der Sensibilität keine Erklärung gegeben wäre, außer Frage bleiben dürfte. Die Lähmung der Kehlkopfmusculatur muß in dem vorliegenden Falle traumatischer Neurose als medulläre, auf Degeneration des Accessoriuskernes in der medulla oblongata beruhende angenommen werden.

Beschorner.

Zur Therapie der Diphterie. Von Strübing. (Deutsche med. Wochenschrift No. 6 1892 und Separatabdruck).

Da die exsudativen Processe im Rachen durch verschiedene Microorganismen bedingt sein können, so läßt sich die Diagnose nur durch die bacteriologische Untersuchung stellen und nur die durch den Löffler'schen Bacillus bedingte Erkrankung verdient den Namen Diphterie, während die durch Streptococcen verursachte Exsudation als Pseudodiphterie aufzufassen ist und auch die Scharlachdiphterie eine besondere Stellung nimmt. Aber auch bei der wahren Diphterie giebt es Fälle die relativ harmlos sind, so daß außer dem Nachweis der Löffler'schen Bacillen durch Impfung von Reinculturen auf Thiere, der Nachweis zu führen wäre. Sobald der Bacillus sich im Rachen angesiedelt, treten zuvörderst locale Symptome mit oder ohne

Digitized by Google

Fieber auf. Die Bacillen produciren ein Gift und eröffnen durch Epithelzerstörung anderen Microorganismen, besonders Streptococcen die Pforten; Letztere beeinflussen das Krankheitsbild. Da wir kein Mittel kennen, welches die Wirkung des Diphteriegiftes und der anderen Microben verwehrt, so muß die Therapie vorläufig versuchen, die Entwickelung der Bacillen und die Invasion der übrigen Microorganismen zu verhindern. Das kann nur die locale Behandlung in nicht weit vorgeschrittenen Fällen. Daher ist die frühe Diagnose von größter Bedeutung. Local gebrauchte Verf. alcoholische Jodphenollösung, Liq. ferri sesq. und Schwefel; daneben Gurgelung mit Kalkwasser. Innerlich Hydr. cyanog. Späterhin hat Verf. local folgende Mischung mit Wattebäuschen einreiben lassen. Acid. carb. 3,0—0,0 Ol. Tereb rect. 40,0, Alc. abs. 60,0. Daneben Gurgeln mit Acid. carb. 3,0, Alc. 30,0 Aq. dest. 70 Eßlöffel resp. Kindereßlöffelweise. Daneben kleine Dosen Natr. sulf. um der Carbolintoxication zu begegnen. Ferner Einreibung von 1‰ Sublimatlösung und Gurgelungen mit 1‰. Bei Pseudodiphterie erwies sich diese Behandlung fast ausnahmslos erfolgreich; bei Scharlachdiphterie die Carbolsäurebehandlung. Da die Scharlachdiphterie meist erst hinzutritt, so empfiehlt Verf. die prophylactische Anwendung von Gurgelungen mit Carbol.

W. Lublinski.

Baumgarten: Seltenere Formen von Perichondritis des Kehlkopfes. Med. Wochenschrift No. 11. 1892.)

Verf. theilt einen Fall traumatischer Perichondritis und Chondritis des Aryknorpels mit, wobei auch Perichondritis des Ringknorpels an einer Stelle auftrat, sowie auch theilweise Necrose des M. thyrea-aryt. int. Ein Fremdkörper hatte das linke Stimmband in der Gegend des linken Proc. voc. verletzt, wurde dann ausgehustet, nachdem er die beschriebenen Veränderungen hervorgebracht hatte. In einem anderen Falle war eine idiopathische Perichondritis und Chondritis nach einer Erkältung aufgetreten; es kam dabei zu einer partiellen Nekrose des Ring- und Aryknorpels. In einem anderen Fall ist nach Erkältung Perichondritis des Schildknorpels aufgetreten, welche zu Chondritis der beiden Knorpel und zur geschwollenen Perichondritis des Ringknorpels führte. Der Schildknorpel wurde größtenteils ausgestoßen und hatte sich frisch gebildet; der vordere Ansatz der Stimmbandmuskeln ist jedoch verloren gegangen, wodurch ihre Function theilweise aufgehoben und durch Taschenbänder ersetzt werden mußte.

W. Lublinski.

Die mediane tracheocele. (La trachéocèle médiane.) Von Dr. Barbey (Semaine médicale und Revue de laryngologie 1892 No. 6).

Ein 8jähriges Mädchen hat in der Medianlinie über dem Sternum einen nußgroßen, fluctuirenden, genau umschriebenen, mit dem Larynx beweglichen, indolenten, tympanisch bei der Peripherie klingenden Tumor; bei Husten und bei Anstrengungen wird dieser Tumor hühnereigroß und der Percussionsschall wird auffallend tympanitisch; durch Druck reducirbar. Laryngoscopischer Befund negativ. Im Alter von 2 Jahren entstanden, war der Tumor langsam gewachsen. Exstirpation und Heilung per

Digitized by Google

primam. Die Pathogenese dieser tracheo- und laryngocelen ist jedenfalls mehrfach; am oftesten scheinen selbe aus einer mit den ersten Luftwegen communicirenden Cyste, welche angeboren und später gewachsen ist, zu entstehen. Die Arbeit von L. H. Petit hat 41 in der Litteratur gesammelte Fälle wiedergegeben. V. giebt nun die Beschreibung der Operation, wie selbe den jeweiligen Verhältnissen gemäß ausgeführt werden soll.

Dr. P. K.

Fremdkörper in der trachea. (Corps étranger de la trachée.) Von Dr. Sérullaz. (Lyon médical und Revue de laryngologie 1892 No. 6).

Ein 6monatliches Kind wurde mit Dyspnoe auf die Croupabteilung gebracht, Anamnese fehlte, außer daß die Dyspnoe plötzlich gekommen war. Kein Zeichen von Angina, schnelles Athmen, vesiculäres Gesäusch fast nicht zu hören; Cyanose, Prostration. Diagnose lautete auf Pneumonie mit adynamischen Symptomen; Convulsionen und Tod. Ein bohnengroßer Fremdkörper lag auf der Theilungsstelle der Trachea und verstopfte beide Hauptbronchien fast gänzlich; die unterliegende Mucosa war ulcerirt, ein Zeichen, daß der Fremdkörper schon eine Zeit lang in der Trachea war. Erst jetzt erklärte die Amme, daß vor einiger Zeit das Kind einmal fehlgeschluckt hatte und dann einige convulsive Hustenstöße gemacht hatte. Das Fehlen dieses anamnestischen Momentes sowie das Eingekeiltsein des Fremdkörpers machten die Diagnose unmöglich.

Dr. P. K.

Symptomatologie eines Abscesses der hinteren Trachealwand. (Symptomatologie d'un abcès de la parois postérieure de la trachée) Von Dr. Jacobs. (Presse medicale belge und Revue de laryngologie 1892 No. 6.)

Ein 7jähriges Kind zeigte freies aber kurzes Inspirium, gehindertes Exspirium, gerade so wie wenn man ein im Larynx sitzendes Sputum nicht herausbefördern kann. Spasmus glottalis, Lähmung der crycoarytenoidei postici und der Stimmmuskeln, oedema glottidis konnten ausgeschlossen werden; es wurde ein materielles Hinderniß in der Trachea angenommen. Laryngoscopische Untersuchung unmöglich. Pneumonie. Zunahme der Larynxsymptome forderten die Tracheotomie, während welcher große Massen Eiter aus der Trachealöffnung flossen. Erleichterung. Tod an Pneumonie. Abceß der hinteren Trachealwand, welche die mucosa losgelöst, den Oesophagus aber unversehrt gelassen hatte. V. glaubt in solchen Fällen die Canüle wegnehmen zu müssen, sobald keine Erstickungsgefahr mehr vorhanden ist.

Dr. P. K.

Aphasie und Polyurie. (Aphasie et Polyurie.) Von Dr. Chouppe. (Societé de Biologie 1892 Juillet und Semaine médicale 1892 No. 36.)

Ein an Polyurie leidender Patient bekam durch Verbrennung eine, einige Minuten andauernde Aphasie; nachdem er mehrere Glas Wasser getrunken hatte, hörte selbe auf. V. führt die Aphasie auf eine die linke Broca'sche Stirnrundung einnehmende Wasserentziehung zurück.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Persistenz des Löffler'schen Bacillus im Pharynx nach Heilung der Diphteritis. (De la persistance du bacille de Löffler dans le pharynx après la Guérison de la diphtérite.) Von Dr. Tobiesen. (Congrès des naturalistes scandinaves, Copenhague Juillet 1892 und Semaine médicale 1892 No. 36).

Bei 46 von Diphteritis geheilten und aus dem Spital austretenden Leuten konnte V. bei 24 den Löffler'schen Bacillus im Pharynx nachweisen; bei einigen bestand er noch 31 Tage nach dem Verschwinden der Pseudomembranen; das Fortbestehen der Bacillen war unabhängig von der Schwere der Erkrankung; bloß bei einem sogenannten Geheilten wurde die Contagion auf andere nachgewiesen.

Dr. P. K.

Acute Uvulablutung. (Un cas d'hémorrhagie aigue, apoplexie de la luette.) Von Dr. Le Jeune. (Gazette des hôpitaux, Décembre 1891 und Revue de laryngologie 1892 No. 8).

Plötzlich auftretendes Gefühl von Fremdkörper im Halse, Schlingbeschwerden. Sehr geschwellte, violettgefärbte auf der Zungenbasis aufsitzende Uvula. Patientin glaubte durch Ueberanstrengung der Stimme das acute Uebel hervorgerufen zu haben. Scarificationen brachten augenblicklich Erleichterung.

Dr. P. K.

Interarytenoides Zellensarcom. Operation durch den Mund. Acht Monate später erst Recidive. Tracheotomie. (Sarcome fusocellulaire interaryténoiden. Opération par la voie naturelle. Guérison pendant huit mois. Récidive, trachéotomie.) Von Dr. Délie. (Revue de laryngologie 1892 No. 12).

Ein 73jähriger Mann zeigt die Symptome eines Larynxsarcom. Die Radialoperation mißlang. Recidive mit Tracheotomie. Tod an Influenza. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Ein Sarcom kann lange bestehen, ohne prägnante Symptome und ohne Ganglienschwellung hervorgerufen. 2. Die Operation auf natürlichem Wege schützt lange vor Recidiven. 3. Die Recidive verläuft aber dann auch desto stürmischer und die Gangliensymptome sind dann schlimmer als die Krankheit selbst.

Dr. P. K.

Mandelfieber und Purpura. (Fièvre amygdalicure et purpura.) Von Dr. Joal. (Revue de laryngologie 1892 Nr. 12).

Die Amygdalitis ist in den meisten Fällen der Ausdruck eines allgemeinen Leidens, man findet selbst manchmal Albuminurie dabei, selbst oft entfernte Complicationen (Nephritis, ovaritis, endocarditis, arthropathie etc.) V. beschreibt nun die Fälle mit Purpura complicirt: Seltene Fälle; die Krankheit wirkt durch die löslichen Gifte, die microbischen Toxine direct auf das Blut oder auf die Vasomotoren.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Die Stimme der mit Gebärmutterleiden behafteten Sängerinnen. (La voix chez les chanteuses atteintes d'affections de l'uterin) Von Dr. Carl H. von Klein. (Journal of the Americ. medic. Association und Revue de laryngologie 1892 No. 12.)

Während der Menses verliert die Frauenstimme an Stärke und an Klangfarbe. Ein geübter Arzt erkennt bei einer ihm bekannten Dame an der Stimme allein ob sie ihre Regeln hat oder nicht. Bei vielen Ovarialleiden bestehen Entzündungen der Mandeln und des Gaumens, welche allen Behandlungsweisen trotzen und nur nach erfolgreicher Behandlung des Unterleibes verschwinden. Dr. P. K.

Fall von Larynxschwindel. (Cas de vertige dit laryngien.) Von Dr. Adler. (New-York medic. Journal und Revue de laryngologie 1892 No. 12).

Ein 53jähriger Mann hat conculsivischen Husten mit Anfällen von totaler Bewußtlosigkeit, von welcher er sich nach einigen Minuten erholt und sich ganz wohl befindet; 4—5 Anfälle pro Tag, kein sonstiges Allgemeinleiden; die Anfälle haben nichts mit Epilepsie gemein und kommen nur nach Hustenanfällen aber nicht constant. In diesem Falle, wie in den meisten bis jetzt beschriebenen, bestanden Rheumatismus und Gicht; das Geschlecht und das Alter stimmen auch mit den anderen Fällen überein.

Dr. P. K.

Fremdkörper im Larynx. (Corps étranger du larynx). Von Dr. Gouguenheim. (Bulletin et memoires de la société de laryngologie de Paris und Revue de laryngologie 1892 No. 12).

Acht Tage nach ausgeführter Tracheotomie wurde das Gebiß bei einer 39jährigen Frau aus dem Larynx mittelst der Fauvel'schen Zange entfernt. 2 Wochen vor der Tracheotomie war der Zufall während eines epileptischen Anfalles aufgetreten.

Dr. P. K.

Fremdkörper im rechten bronchus. (Un corps étranger dans la bronche droite.) Von Dr. de Angeli. (Gli Incurabili und Revue de laryngologie 1892 No. 12).

Ein 13jähriges Mädchen bekam während einer starken Inspiration eine kleine Trompete in den Larynx und von da in den rechten bronchus. Erstickungsanfall; relatives Wohlbefinden, blos ein auf 15 Meter Entfernung hörbarer und bei jedem Inspirium und Exspirium auftretender Trompetenton (?); die Operation wurde verweigert. Bronchopneumonie mit letalem Ausgang nach 23 Tagen. Die Trompete fand man im rechten bronchus in einer tiefen Ulceration eingebettet.

Dr. P. K.

Primärer Larynxcroup. (Un cas de Croup d'emblée). Von Dr. Simon. (Gazette des hôpitaux und Revue de laryngologie 1892 No. 7).

Seltene Fälle: Ein $6^1/_2$jähriger Knabe mußte, nachdem er einige Tage lang gefiebert, hohl gehustet, und immerwachsende Larynxdyspnoe gezeigt hatte, operirt werden, ohne daß im Pharynx und selbst im Larynx Pseudomembranen entdeckt werden konnten. Die Canüle wurde nicht ver-

Digitized by Google

tragen und das Kind starb nach einigen Stunden. Bei der Section fand sich die ganze trachea vom Larynx bis zur Teilungsstelle von einer dicken festsitzenden Membran vollständig ausgekleidet. Man soll die Pseudomembranen in solchen Fällen nach vollführtem Trachealschnitt mit einer Pincette zu entfernen suchen, da die Operation an sich nichts hilft; repulsiva sollen vor der Operation nie an den Hals angelegt werden.

Dr. P. K.

---

2 Fälle von Larynxlupus, der eine primär, der andere secundär. (Deux cas de lupus du larynx, l'un primitif, l'autre secondaire.) Von Dr. Garel. (Revue de laryngologie 1892 No. 11).

Diagnose schwer bei primärem, leicht bei secundärem Lupus; 20 pCt. aller Lupuskranken haben auch Läsion des Larynx. V. beschreibt ganz genau seine zwei Krankengeschichten.

Dr. P. K.

Ueber die Seltenheit der Larynxlähmungen corticalen Ursprunges. (Apropos de la rareté du paralysie laryngée corticale.) Von Dr. Raugé. (Revue de laryngologie 1892 No. 11).

Eben weil die Modulationen der Stimme dem menschlichen Willen gehorchen, muß man den Sitz des Stimmcentrums in der Gehirnrinde annehmen. Neben der Broca'schen Stirnwindung in jeder Haemisphäre gelegen, muß dieses Centrum wenigstens ebenso oft erkranken wie das Broca'sche, obgleich die klinischen Beobachtungen in dieser Hinsicht äußerst selten sind. Sogar 2mal mehr, theoretisch gesprochen, da sich blos ein Broca'sches Centrum und zwar links befindet. Nach Semon und Horsley erklärt sich aber diese Seltenheit aus dem Umstand, daß nicht nur zwei Centren bestehen, sondern daß jedes Centrum für sich beide Larynxhälften versehen kann. Das klinische Experiment zeigt sich aber in totalem Widerspruch mit den Resultaten der Vivisection; die centralen Larynxlähmungen mußten zur Unmöglichkeit geworden sein, außer daß zwei symetrische, beide Larynxcentren zerstörende Läsionen vorhanden seien; es bestehen aber nicht zu bezweifelnde Fälle in der Pathologie (Garel, Déjérine), wo eine halbseitige Larynxlähmung von einer abgegrenzten Erkrankung der Corticalsubstanz der anderen Seite herührt. Die Seltenheit der klinischen Fälle besteht vielmehr in der Schwierigkeit der Diagnose. V. sucht die Diagnose zu erleichtern und ist überzeugt, daß dann die Fälle häufiger werden. Da die genannten Lähmungen unabhängig von den respiratorischen Larynxfunctionen vor sich gehen (welch' letztere vom Bulbus ausgehen), muß man sich bei Stellung der Diagnose nicht auf jene auffälligen Respirationshindernisse gefaßt halten, welche z. B. bei Compression des recurrens durch Aneurysma der Aorten oder Oesophagustumoren sowie bei Bulbuserkrankung (larynxkrisen bei tabes) vorkommen. Die halbseitige Stimmbandlähmung wird bald durch das gegenüberliegende gesunde Stimmband compensirt, so daß kaum Dysphonie besteht, die meist zugleich bestehende Aphasie (das linke Centrum liegt in unmittelbarer Nähe der Broca'schen Stirnwindung) fällt bei weitem mehr in die Augen, so daß immer nur eine genau geführte und in den meisten Fällen wenig indicirte laryngoscopische Untersuchung zur Diagnose führt; letztere muß demnach, durch die Section erwiesen werden. Letzteres ist aber sehr schwer, weil

Digitized by Google

macroscopisch und microscopisch alle andere Lähmungsursachen ausgeschlossen werden müssen. Die Fälle der corticalen Lähmung werden also häufiger werden von dem Momente an, wo auf den klinischen Abtheilungen die Hemiplegischen, Aphasischen systematisch laryngoscopirt werden, sie mögen aphon sein oder nicht. Das laryngoscopische Bild ist insofern characteristisch, daß das gelähmte Stimmband beim Athmen nicht entdeckt wird, daß es nur beim Phonationsversuch passirt, in seiner respiratorischen Stellung verharrt und nicht einmal die Cadaverstellung einnehmen kann, also der totalen Stimmbandlähmung (Cadaverstellung) nicht ähnlich sieht; die meisten Autoren, welche über Corticallähmung berichtet haben, haben letztere Verwechselung begangen; aber schon das laryngoscopische Bild bei der Respiration, welches bei Corticallähmung meist nicht symmetrisch ist, läßt den Irrthum vermeiden; dieses classisch laryngoscopische Bild der Corticallähmung ist nicht mit der bulbären Paralyse, noch mit den Recurrenslähmungen zu verwechseln; übrigens hat die Weite der Glottis bei der Cadaverstellung blos 5 mm (Semon), während selbe bei der totalen Abduction 13,5 mm mißt; einzig und allein das hysterische Larynxbild kann ein ähnliches sein, dieses ist aber dann doppelseitig.

Die Seltenheit der corticalen Lähmungen rühre also nicht von der Seltenheit der Fälle her, sondern sie kommen vielmehr eher von der Seltenheit der betreffenden Beobachter, welche nicht nur gute Laryngologen und interne Kliniker, sondern auch geschulte Neuropathologen und pathologische Anatomen sein müssen.

Dr. P. K.

Seltenes Stimmbandgeschwür. (Observation rare d'ulceration d'une corde vocale.) Von Dr. Vacher. (Revue de laryngologie 1892 No. 11).

An der hinteren Insertion des rechten Stimmbandes, welches sich beim starken Phoniren dicht an das linke anlegt und dann die höchsten Töne des Kopfregisters mit Anstrengung hervorbringt, ist ein tiefes Geschwür zu sehen, welches weder tuberculöser noch specifischer Natur ist, beim gewöhnlichen Sprechen die Phonation verhindert, beim Singen der hohen Töne aber verschwindet. V. erwähnt dieses Geschwür, weil es eine Anschauung über die sogenannte Kopfstimme (Falset) giebt. Beim Sprechen und bei dem Versuch das untere Register (Bruststimme) zu singen, müssen die Stimmbänder sich ihrer ganzen Länge und Dicke nach aneinanderlegen, was nicht bei der Patienten gelingen kann; beim Singen der hohen Töne dagegen legen die vorderen zwei Drittel der Stimmbänder sich an einander, und das genügt. Verf. meint, man sollte solche Fälle sammeln, um zu beweisen, daß die zwei Register der menschlichen Stimme ganz einfach von demselben Factor, nämlich von der Lage der vibrirenden Stimmbänder abhängen.

Dr. P. K.

Zittern der Stimmbänder und Stimmstörungen bei der Herdsclerose. Le tremblement des cordes vocales et les troubles de la phonation dans le sclérose en plaques.) Von Dr. J. Collet. (Annales des maladies de l'oreilla et du larynx 1892. Nr. 2.)

Meist sind die Fehler der Articulation der Sprache (hypoglossus) als prägnant beschrieben worden, die eigentlichen Laryngealstörungen sind

Digitized by Google

seltener aufgezeichnet und noch seltener laryngoscopisch charakterisirt worden. Gottstein und Loeri heben zuerst darauf aufmerksam gemacht, Erb, Schulz und Leube folgten später. Auf diese Bibliographie und auf einen eigenen Fall gestützt, citirt Verf. folgende Symptome als Larynxmodificationen bei Herdsclerose: monotone und scandirte Stimme, schnelles Wechseln des Tones, wachsende Erhöhung der Tonhöhe, Unmöglichkeit längere Zeit denselben Ton anzuhalten, auffallendes Inspirium das Lachen und das Weinen unterbrechend, Lähmung der Stimmbänder oder einiger Kehlkopfmuskeln, sich durch Luftverschwendung, rauhe Stimme oder Schurrengeräusch verrathend, endlich Zittern der Stimmbänder. Diese Symptome können einzeln bestehen oder sich combiniren oder eines nach dem anderen auftreten. Das Zustandekommen der Symptome ist schwer zu erklären und sind die bisherigen Versuche nicht stichhaltig. Das intentionelle Muskelzittern erklärt noch ein berstendes Zittern der Stimmbänder; übrigens wird das Zittern der Stimmbänder ja auch bei chorea intoxicatio saturnina, tumor cerebelli (Herbert Spencer) beobachtet. Summa summarum bleibt das Zittern der Stimmbänder das einzige sichere Larynxsymptom bei Herdsclerose. Dr. P. K.

Hervorstülpung des Morgagnischen Ventrikels. (Eversion du ventricule de Morgagni) von Dr. Beausoleil. (Revue de laryngologie. 1892. No. 13.)

Im Gegensatz zu den bisher beschriebenen Fällen war dieser Fall acut mit einer acuten Laryngitis verlaufend und mit derselben heilend unter einer und derselben Behandlung. Dr. P. K.

Larynxabscess nach Scharlach. (Abscès du larynx consécutif à la scarlatine) von Dr. Mouere. (Revue de laryngologie. 1892. No. 13.)

Das berühmte Wort Trousseau's: „La scarlatine n'aime pas le larynx" erleidet manche Ausnahme, wie Trousseau selbst später eingestand; es handelt sich um die späte Periode der scarlatina. Manche Fälle von Larynx-Diphteritis und acutem Larynxoedem nach Scharlach lassen sich auf einen Larynxabsceß zurückführen. Dr. P. K.

Arthritis cricoarytenoidea dextra von tertiärer Syphilis bei einer 60jährigen Frau herrührend. Schwierigkeit der Diagnose. Vollständige Heilung durch Jodkalibehandlung. (Sur un cas d'artrhite cricoaryténoidienne (côté droit) dû à la syphilis tertiaire et observé chez une femme de soixante ans difficulté du diagnostic. Guérison complète sur le traitement jodocé) von Dr. Marcel Natier. (Société française de laryngologie Mai 1892 und Revue de laryngologie No. 13.)

Verf. betont das später nach dreißig Jahren eintretende der tertiären Syphilis, die Schwierigkeit der Diagnose, die Nachwirkung des Queckbilbers und die Wirkung der grossen Dosen Jodkalium, sowie die Differentialdiagnose zwischen Epithelioma, Tuberculose und Syphilis. Dr. P. K.

Digitized by Google

Atlas der Kehlkopfkrankheiten. Von Dr. Robert Krieg, Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke 1892.

Der Atlas des Verf. gehört zu dem Vollkommensten, was nach dieser Richtung hin geleistet wurde. Man kann ruhig sagen, daß es wenige Krankheitsbilder im Kehlkopfe giebt, welche nicht in dem Werke zur Darstellung gekommen wären. Wenn trotzdem einiges nicht zur Darstellung gekommen ist, so mag dies dem nicht genug zu rühmenden Plane des Verf. entspringen, nur selbst gesehenes wiederzugeben. So fehlen beispielsweise Paradigmata der in neuerer Zeit sich immer mehr häufenden Beobachtungen von Sclerom des Larynx und mag dies wohl aus dem Umstande zu erklären sein, daß sich diese Erkrankung in dem Gebiete, wo der Verf. thätig ist (Würtemberg) kaum je vorfindet.

Die in seltener Reichhaltigkeit gebotenen Bilder sind in Bezug auf Zeichnung größtenteils tadellos, nur einige wohl etwas zu schematisch und daher unnatürlich, so beispielsweise Taf. XX. No. 9 die Kartenherzform der Epiglottis, Taf. XXIV. No. 10 die papilläre Wucherung in Gestalt einer Schnecke. Was die Colorirung anbelangt, sind die ersten Tafeln wohl etwas zu sehr braun gerathen, ein Farbenton, der in Wirklichkeit kaum je auftritt.

Immerhin sind dies Kleinigkeiten, die den Werth des Werkes nicht beeinträchtigen. Der Atlas Krieg's wird für jeden Arzt ein werthvolles Unterstützungsmittel in diagnostisch schwierigen Fällen, für den Studirenden ein ausgezeichneter Behelf zur Reproduction gesehener Krankheitsbilder sein. Für die glänzende Ausstattung bürgt der Name der Verlagsbuchhandlung.

Kobler, Wien.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle Druckschriften, Archive und Tausch-Exemplare anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I. Freiung 7. zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen gesetzt honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

INHALT.

I. Originalien: Tsakiroglous: Zum Morbus Ménièri. — Siebenmann: Spontanheilung von Empyem der Highmorshöhle. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Bericht über die an der Klinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Joseph Gruber im Jahre 1891 ambulatorisch behandelten Kranken. — Stetter: III. Jahresbericht aus dem Ambulatorium und der Klinik für Ohren-, Nasen-, Hals- und Rachenkranke. — Sexton: Ueber Operationen zur Verbesserung sowohl der Schwerhörigkeit, wie von Affectionen des Kopfes und der Ohren, Schwindel, veranlasst durch chronischen Catarrh des Trommelfells. — Jack: Beträchtliche Hörverbesserung durch Entfernung des Steigbügels. Lannois: Ueber einen möglichen Fehler beim Valsalva'schen Versuch. — b) Rhinologische: Hopmann: Nasenpolypen im Alter unter 16 Jahren. — Oppenheimer: Ueber Rhinitis hypertrophica und Amenorrhoe. — Ziem: Intraoculäre Augenaffectionen im Gefolge von Nasenkrankheiten. — Chatellier: Nicht traumatische Verbiegungen der Nasenscheidewand. — de Mendoza: Ueber einige Uebelstände der Nasendusche und wie man selbe verhindert. — Revillet: Nasendeformation bei Idiotismus. — c) Pharyngo-laryngologische: Heymann: Zum Studium der Kehlkopf-Fracturen. — Scheier: Verletzung der Halswirbelsäule. — Cartaz: Ueber die Behandlung hartnäckiger Eiterungen des sinus maxillaris. — Chauveau: Ueber einige, durch Hypertrophie der vierten Tonsille (Zungentonsille) hervorgerufene Symptome. — Rosenberg: Die Störungen der Sprache und

Digitized by Google

Stimme bei Paralys. agitans. — Kulenkampf und Naltenius: Ein durch halbseitige Exstirpation bislang geheilter Fall von Carcinoma laryngis. — Sokolowski: Einige Beobachtungen, das Erysipel des Kehlkopfes betreffend. — Burkart: Ueber die centripetale Leitung im nervus vagus und speciell im nervus laryngeus inferior. — Halz: Kehlkopfbefund bei einer traumatischen Neurose. — Strübing: Zur Therapie der Dyphterie. — Baumgarten: Seltenere Formen von Perichondritis des Kehlkopfes. — Barbey: Die mediane Tracheocele. — Sérullaz: Fremdkörper in der Trachea. — Jacobs: Symptomatologie eines Abscesses der hinteren Trachealwand. — Chouppe: Aphasie und Polyurie. — Tobiesen: Persistenz des Löffler'schen Bacillus im Pharynx nach Heilung der Dyphteritis. — Le Jeune: Acute Uvulablutung. — Délie: Interarytenoides Zellensarcom. Operation durch den Mund. Acht Monate später erst Recidive. Tracheotomie. — Joal: Mundelfieber und Purpura. — v. Klein: Die Stimme der mit Gebärmutterleiden behafteten Sängerinnen.. — Adler: Fall von Larynxschwindel. — Gouguenheim: Fremdkörper im Larynx. — de Angeli: Fremdkörper im rechten Bronchus. — Simon: Primärer Larynxcroup. — Garel: 2 Fälle von Larynxlupus, der eine primär, der andere secundär. — Raugé: Seltenheit der Larynxlähmungen corticalen Ursprungs. — Vacher: Seltenes Stimmbandgeschwür. — Collet: Zittern der Stimmbänder und Stimmstörungen bei der Herdsclerose. — Beausoleil: Hervorstülpung des Morgagni'schen Ventrikels. — Mouere: Larynxabscess nach Scharlach. — Natier: Arthritis crycoarytenoidea dextra von tertiärer Syphilis herrührend. — Krieg: Atlas der Kehlkopf-Krankheiten.

INSERATE.

Verlag von F. C. W. Vogel in Leipzig.

Soeben erschien:

Handbuch

der

Ohrenheilkunde.

Mit Anderen herausgegeben

von

Prof. Dr. Hermann Schwartze,

Königl. Preuss. Geheimen Medicinalrathe und Director der Universitäts-Ohrenklinik in Halle a. S.

Erster Band.

Mit 133 Abbildungen im Text.

Lex. 8. 1892. Preis 25 Mk. gebunden 28 Mk.

Band II. wird Anfang nächsten Jahres erscheinen.

Hierzu: Eine Beilage von ***F. C. W. Vogel, Verlagsbuchhandlung in Leipzig.***

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz).
Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthinerstr. 32.
Druck von Emil Billig, Berlin SW., Lindenstrasse 53.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr **A. Schaprinzer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof. Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER	**Dr. N. RÜDINGER**	**Dr. v. SCHRÖTTER**
Professor u. Vorstand d. Klinik für Oh. enkrankh. a. d. Univers. **Wien**	o. ö. Professor der Anatomie a. d. Universität **München**	o. ö. Professor u. Vorstand der Klinik für interne Medicin an der Universität **Wien**

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 1½ bis 2 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 8 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 5 R.-M.

Jahrg. XXVI. **Berlin, Dezember 1892.** **No. 12.**

I. Originalien.

Ueber die Entwicklung und den gegenwärtigen Stand der Frage von der Excision des Trommelfelles und der Gehörknöchelchen.*)

Von

Dr. **B. Gomperz,**

emer. Assistenten der k. k. Universitätsklinik f. Ohrenheilkunde zu Wien.

Die Ausschneidung des Trommelfelles allein, ohne gleichzeitige Mitentfernung des Hammers und Ambosses wird heut zu Tage wohl kaum mehr ausgeführt; die Erwägungen aber, die bei ihrer Einführung maßgebend waren, legten den Grund für die statt jener heute fast ausschließlich geübte Excision des Trommelfelles mitsammt den ersten zwei Gehörknöchelchen.

Die Ausschneidung kleinerer Trommelfellstücke, auch Trepanation des Trommelfelles genannt, wurde schon im Beginne des 19. Jahrhunderts geübt; den Anstoß hierzu gaben die Erfahrungen bei der Paracentese des Trommelfelles, welche damals in Mode gekommen war und bei allen mög-

*) Mit Zugrundelegung eines Probevortrages, gehalten vor dem Professoren-Collegium der med. Facultät zu Wien.

Digitized by Google

lichen Formen von Schwerhörigkeit vorgenommen wurde. Bald waren die Aerzte, die sich mit dieser Operation beschäftigten, zur Erkenntniß gekommen, daß das rasche Verschwinden der danach erzielten Hörverbesserung in manchen Fällen auf den zu früh erfolgten Verschluß der Schnitt- oder Stichöffnungen zu beziehen sei und versuchten, diesem Uebelstande durch das Anlegen größerer Oeffnungen vorzubeugen. Es war längst bekannt, daß auch umfangreiche Zerstörungen des Trommelfelles ohne wesentliche Beeinträchtigung der Hörweite bestehen können und man durfte ruhig daran gehen, größere Abschnitte des Trommelfelles zu entfernen. Himly, dann Kern, v. Graefe, Fabrizi, Mazzoni, Deleau, Linke und Andere construirten zu dem Zwecke locheisen- und trepanartige Perforatorien; das Instrument Himly's war eine schneidende Canüle, die Frank[3]) knieförmig bog. Fabrizi's Instrument[1]) besteht aus zwei ineinander steckenden, am Ende schneidenden Röhren, die eine Linie im Durchmesser haben und „in eine Art von doppeltem Korkzieher" ausgehen, das Deleau's aus einer kleinen ausgehöhlten und schneidenden Scheibe; Lincke construirte gar zwei Trepane für das Trommelfell.

Theils wegen der mangelhaften Technik, theils in Folge der ungenügenden Construction dieser Instrumente, vor Allem aber wegen der erstaunlichen Regenerationskraft des Trommelfelles waren jedoch die Erfolge selbst in geeigneten Fällen wenig den Erwartungen entsprechend.

Da diese Eingriffe auch ganz indicationslos bei allen möglichen Formen von Schwerhörigkeit ausgeführt wurden, häuften sich die Mißerfolge und die Operation kam in Verruf und Vergessenheit. Erst Gruber, der 1863[2]) die fast schon vergessenen Versuche wieder aufnahm, gelangte zu einer brauchbaren Methode und zu bemerkenswerthen Erfolgen. Schon Frank[3]) hatte das Ausschneiden von Trommelfellstückchen mit einem sichelförmigen Messerchen erwähnt. Gruber umschnitt nun unter Beleuchtung des Gesichtsfeldes mittelst des Reflexspiegels beliebig große Stücke des Trommelfelles mit dem Myringotom, einem tenotomartigen Messerchen, wobei er mit besonderer Vorliebe den hinteren oberen Quadranten wählte und es gelang ihm, durch geeignete Nachbehandlung den Eintritt der Vernarbung auf längere Zeit hinauszuschieben. Gruber nannte die Operation Myringectomie und führte schon damals (l. c.) eine Reihe von Indicationen an, welche noch derzeit für die Hammer-Amboß-Excision gelten. Die umfangreichen Arbeiten, welche Gruber als Frucht seiner Studien über die Myringectomie niederlegte, müssen als eine werthvolle Grundlage für die später eingeführte Excision des Trommelfelles mit Hammer und Amboß betrachtet werden.

Einige Jahre später empfahl Wreden[4]) die Sphyrotomie, die Ausschneidung des Trommelfelles mitsammt dem Hammergriff; er meinte, daß

[1]) Annali universali di medicina Milano 1830.

[2]) Die Myringectomie als Heilmittel gegen Schwerhörigkeit und Ohrensausen. Wr. allg. med. Ztg. 1863. No. 39—43 und 1864 No. 13, 16, 19, 23 und 24.

[3]) Martell Frank, prakt. Anleitung zur Erkenntniss und Behandlung der Ohrenkrankheiten, 1845.

[4]) Monatsschr. f. Ohrenheilkunde. I. No. 2.

Google

dem Verschlusse der Lücken das Stehenbleiben des Hammergriffes mit den daneben herablaufenden und der Ernährung des Trommelfelles dienenden Blutgefäßen förderlich sei. Indeß erwies sich auch dieser Eingriff als machtlos gegenüber der Wiederverwachsung des Trommelfelles.

Galt es bei den bisher angeführten Operationen der Indication gerecht zu werden, den durch das Trommelfell aufgehaltenen Schallwellen freien Zugang in die Paukenhöhle, seltener, Secreten freien Abfluß aus derselben zu verschaffen, so ist für die Excision des Trommelfelles und der ersten zwei Gehörknöchelchen eine noch viel wichtigere Indication erstanden, die Heilung der Eiterungen im oberen Trommelhöhlenraume, welche mit Caries resp. Necrose seiner Knochenwände, sowie des Hammers und Ambosses einhergehen.

Die erste Mittheilung über eine Excision des ganzen Trommelfelles mit Hammer und Amboß stammt aus dem Jahre 1877 von Kessel.[5]) Derselbe führte die Operation behufs Herstellung der Paukenhöhlenventilation vom Gehörgange aus uud zum Zwecke der Mobilisirung des Steigbügels in einem Falle aus, wo durch syphilitische Geschwüre Tubenverschluß entstanden war und erzielte durch seinen Eingriff nicht nur das Nachlassen quälender subjectiver Geräusche, sondern auch eine Hörverbesserung von 10 cm auf 10 Meter für mittellaute Sprache. Dieser Erfolg war zu aufmunternd, als daß nicht weitere Versuche in dieser Richtung hätten folgen sollen.[6])

Lucae[7]) berichtete 1881 über 25 Fälle, wo er diese Operation wegen chronischen sclerosirenden Mittelohrcatarrhes ausgeführt hatte; bis 1882 waren weitere 15 Fälle dazu gekommen. Seine Erfolge, über die er einige Jahre später[8]) ausführlich berichtete, waren aber so wenig günstige zu nennen, daß die Operation bei Sclerose der Paukenschleimhaut wenig mehr geübt wurde.

Kurze Zeit nach seiner ersten Mittheilung stellte Kessel in einer neuerlichen Arbeit die Indicationen für die Excision des Trommelfelles und der Gehörknöchelchen auf[9]) und führte dabei auch die Caries der Gehörknöchelchen und die Cholesteatome der Paukenhöhle an: Damit war das Gebiet bezeichnet, auf welchem die Operation ihre rationellste Verwendung finden sollte.

Nachdem auch Schwartze[10]) mit großem Nachdrucke in der Naturforscher-Versammlung zu Magdeburg 1884 ihre Ausführung bei den Fällen chronischer Eiterungen im oberen Trommelhöhlenraume empfohlen hatte, wo „nach Dilatation hochgelegener Fistelöffnungen in der Membrana

---

[5]) Ueber das Mobilisiren des Steigbügels durch Ausschneiden des Trommelfelles, Hammers und Ambosses bei Undurchgängigkeit der Tuba. Archiv für Ohrenhlkde. XIII, V.

[6]) Es mag hier auch Erwähnung finden, dass Schwartze (Lehrbuch, pag. 280) seine ersten Versuche mit der Excision des Trommelfelles mit dem Hammer auf das Jahr 1873 zurückdatirt Schwartze's erste Mittheilung darüber findet sich in seiner pathologischen Anatomie (im Handb. d. path. An. von Klebs) vom Jahre 1878.

[7]) Archiv f. Ohrenhlkde. XIX, p. 75.

[8]) ibidem, XXII, p. 233.

[9]) Oesterr. ärztliche Vereinszeitung, 1879, 24.

[10]) Archiv f. Ohrenheilkunde, XXII, pag. 128.

Digitized by Google

Shrapnelli, event. nach Anlegung einer Gegenöffnung im unteren Trommelfellabschnitte mit längener Durchspülung der Paukenhöhle von der Tuba aus die Eiterung nicht heilt," bürgerte sich die Operation rasch bei den Ohrenärzten ein.

Schwartze und seine Schüler, welche derselben besondere Aufmerksamkeit zuwendeten, haben sich sehr wesentliche Verdienste um ihre Propagirung erworben, indem sie an der Hand einer imponirenden Statistik die pathologisch-anatomischen und klinischen Kenntnisse über die Caries und Necrose der Gehörknöchelchen bereicherten und mit unermüdlichem Eifer auf die Berechtigung und Unentbehrlichkeit der bewußten Operation hinwiesen.

Während Kessel (l. c.) bei eitrigen Processen von vorne herein die Wegnahme nicht nur des Hammers, sondern auch des Ambosses empfohlen hatte, entfernte Schwartze anfangs mit dem Trommelfelle nur den Hammer. Dann trat Ludewig, ein Schüler Schwartze's, wieder für die principielle Mitentfernung des Ambosses ein.[11]) Schon früher hatte Stacke* betont, man dürfe sich nicht scheuen, den gesunden Amboss, wenn möglich, mit zu entfernen, da man dadurch Raum zur erfolgreicheren Bekämpfung der Caries der Paukenhöhle bekomme. In Würdigung der mehrfach gemachten Beobachtung, daß nach der bloßen Hammerexcision die Mittelohreiterung oft persistirte und erst zur Ausheilung kam, als während der Nachbehandlung der cariöse Amboß ausgespritzt wurde; ferner in Erwägung der Thatsache, daß nach Herausnahme des Hammers dem Ambosse eine functionelle Bedeutung nicht mehr zukomme, die Entfernung des Ambosses demnach auf keinen Fall schädlich auf das Hörvermögen wirken könne, ließ nun Ludewig jeder Hammerexcision auch die Extraction des Ambosses folgen.

Wie berechtigt sein Vorgehen war, zeigte die Untersuchung der Ambosse in den 75 an der Hallenser Ohrenklinik derart operirten Fällen; 64 mal, also in 85 pCt., war der Amboß krank.

Was nun die Operationsmethoden anbelangt, so umschnitt, wie schon erwähnt, Gruber die zu excidirende Trommelfellpartie mit dem Myringotom bis auf eine schmale Brücke; dann faßte er den Lappen mit der Pincette und löste ihn durch leichten Zug ab; oder er überließ die Ausstoßung des Lappens der reactiven Eiterung; später construirte Gruber sein Myringectom,[12]) ein lithothriptorartig fassendes Instrumentchen, mit dem es sehr leicht gelingt, Stücke von beliebiger Größe aus dem Trommelfelle auszukneipen; ich muß sagen, daß mir die Ausschneidung unter streng antiseptischen Cautelen immerhin sympathischer ist, als die Ausbrennung; es wird nämlich die Entfernung einzelner Trommelfellabschnitte heutzutage wohl kaum mehr anders, als mit dem Galvanocauter ausgeführt, mit dem sich allerdings rasch und bequem beliebig große Lücken anlegen lassen; die Reaction ist aber meistens eine sehr intensive. Unter Leitung des Stirnbindenreflectors führt man bei offenem Strom einen knopf- oder kugel-

---

[11]) Ueber Ambosscaries und Ambossextraction. Archiv f. Ohrenheilkunde. XXIX, XV.

*) ibidem Bd. XXVI, p. 16.

[12]) Lehrbuch, I. Auflage.

Digitized by Google

förmigen Brenner bis an die Membran und läßt erst dann das Platin erglühen, wobei mit großer Raschheit gearbeitet werden soll.

Zur Ausführung der Trommelfellexcision mit dem Hammer bedient man sich bei genügender Weite des Gehörganges wohl allgemein der von Schwartze[13]) modificirten Kessel'schen Methode vom äußeren Gehörgange aus.

Kessel[14]) umschnitt das Trommelfell längs des Falzes und Rivini'schen Ausschnittes mit der Lanzennadel, führte dann die Tenotomie des Tensor tympani aus und extrahirte „nach Abdrängen der Chorda tympani" den Hammer. Erst jetzt — und darin war seine Methode unvollkommen — trennte er das Gelenk zwischen Amboß und Steigbügel durch und entfernte nun auch den Amboß. Schwartze empfahl mit Recht, das Steigbügel-Amboßgelenk noch vor der Extraction des Hammers durchzutrennen; auch bediente er sich zur Hammer-Extraction des Wilde'schen Schlingenschnürers. Zerrungen oder Zerreißungen der Chorda wich er nach Möglichkeit dadurch aus, daß er den Hammer durch hebelnde Bewegungen in der Richtung von oben innen nach unten außen aus seinen Verbindungen löste, während Sexton im Interesse der Erhaltung der Chorda empfiehlt, zuerst den Amboss und erst dann den Hammer zu entferuen.

Lucae[15]) sticht vor und hinter dem proc. brevis eine Lanzennadel ein und schneidet dann in zwei Zügen mittelst eines geknöpften Messers die Membran hart am Falze ab; zur Extraction des Hammers bedient er sich eines lithotriptorartig fassenden Instrumentchens, mit dem er glaubt, eine grössere Kraft anwenden zu können, als mit der Wilde'schen Schlinge.

Was den ersten Act der Operation, die Trennung des Trommelfelles vom Falze anbelangt, so bietet er nur bei stärkerer Verdünnung der Membran, oder bei ausgedehnten Verwachsungen derselben mit der inneren Paukenhöhlenwand Schwierigkeiten; ist das Trommelfell einwärts gedrängt, so ist es angezeigt, seine Stellung durch die Luftdouche zu verbessern. Am vortheilhaftesten ist es, von unten nach oben zu schneiden, da man so am wenigsten durch die Blutung gestört wird; dieselbe ist übrigens nur selten stärker und erfordert dann die Tamponade, zu der sich am besten Jodoformgaze eignet.

Bei nicht zu alten Individuen zieht sich das abgetrennte Trommelfell rasch gegen den Hammergriff zurück, rollt sich auf; bei älteren Leuten, ferner bei Verdickungen der Membran, bleibt es auch nach der Ablösung flächenhaft ausgebreitet. In den meisten Fällen hat man es jedoch nur mehr mit Resten des Trommelfelles zu thun, deren Durchtrennung wenig Schwierigkeiten bietet. Die folgenden Acte, die Durchschneidung der Tensor-Sehne und des Amboß-Steigbügelgelenkes werden mit dem Gruber'schen oder dem Schwartze'schen Tenotom ausgeführt; letzterer Eingriff entfällt, wenn durch Caries des langen Amboßschenkels das Gelenk bereits gelöst ist.

Nun kommt die Entfernung des Hammers mit dem Trommelfelle, resp. mit dem ihm anhaftenden Trommelfellreste; sie geschieht am besten nach Schwartze's Vorschlag mit dem Wilde'schen Schlingenschnürer. Wurde

---

[13]) Lehrbuch, p. 283.
[14]) Archiv f. Ohrenheilkunde, Bd. XIII, pag. 73.
[15]) ibidem XXII, pag. 234.

Digitized by Google

wegen Sclerose, Verdickungen des Trommelfelles, kurz dort operirt, wo der Hammer noch in normaler Lage ist, so gelingt das Fassen des Griffes mit der Schlinge sehr leicht; man schiebt sie dann bis zum Hammerhals, zieht sie zu und bringt mit hebelnden Bewegungen den Kopf um den Sulcus tympanicus hervor.

Schwieriger gestalten sich schon die Verhältnisse bei chronischen Eiterungen und deren Residuen, wo oft nur mehr ein kurzer Rest des Hammergriffes erhalten oder wo derselbe durch straffes Bindegewebe mit der Promontorialwand verlöthet ist. In solchen Fällen muß der Hammergriff erst mit einem spitzen Messerchen umschnitten werden, worauf seine Verwachsung mit dem Synechotom gelöst wird. Sehr mühevoll wird die Hammerexcision bei horizontaler Stellung des Griffes; doch kann es nach Trennung aller Verbindungen gelingen, durch ein Häkchen den Hammergriff so weit ins Gesichtsfeld zu bringen, daß die Schlinge umgelegt werden kann.

Viel größere Schwierigkeiten bereitet die Extraction des Ambosses. Es wurde schon auf die Nothwendigkeit hingewiesen, besonders bei chronischen Eiterungsprocessen auch dieses Gehörknöchelchen zu entfernen. Kessel hatte empfohlen, sich den Weg zum Amboß durch Wegmeißelung des inneren Endes der hinteren Gehörgangswand zu bahnen, eine Methode, bei welcher die Integrität des Stapes, des Canalis Fallopiae und des horizontalen Bogenganges wohl gefährdet erscheinen muß.

Kretschmann[16]) kam zuerst auf die Idee, den Amboß nach der Entfernung des Hammers mit einem hakenförmigen Instrumente auszuhebeln. Er wählte für die Länge des kurzen Haken-Schenkels die gerade Entfernung von dem höchsten Punkte des Rivini'schen Ausschnittes bis zur Insertion des kurzen Amboßschenkels (5 mm) und als Winkel denjenigen, welchen das innere Ende der oberen Gehörgangswand nach der Paukenhöhle zu bildet. Das Instrument wird entlang der oberen Gehörgangswand eingeführt und sobald der kurze Hebelarm in die Paukenhöhle gelangt ist, zurückgezogen, bis er mit der Knochennische über dem äußeren Gehörgange Fühlung hat; jetzt läßt sich der kleine Hebel durch eine Rotation nach hinten über den kurzen Amboßschenkel führen; ein am Ende des Hakens angebrachtes Knöpfchen drückt den Amboß nach unten, worauf er mit der Pincette entfernt werden kann. Der Kretschmann'sche Haken wurde einige Jahre später von Ferrer,[17]) dann von Ludewig[17]) modificirt; doch war dieser selbst auch von seinem eigenen Instrumente nicht in allen Fällen ganz befriedigt; es ist eben auch bei der Hakenoperation die Verletzung des Facialis nicht unmöglich.

Klingel[18]) hat darauf hingewiesen, daß bei Verwendung dieser Amboßhaken, deren abgebogenes Ende 4—5 mm lang ist, eine Verletzung des Tegmen tympani vorkommen könne. Er maß an 47 Schläfebeinen den senkrechten Abstand des Rivini'schen Ausschnittes von der unteren Fläche des tegmen tympani und fand ihn 6 mal nur 3 mm, ebenso oft zwischen

[16]) Fistelöffnungen am oberen Pole des Trommelfelles. Arch. f. Ohrenhlkde. XXV, XII.

[17]) Archiv f. Ohrenheilkunde, XXIX. p. 244 und 246.

[18]) Messungen über die Höhenverhältnisse des Kuppelraumes der Trommelhöhle. Zeitschrift f. Ohrenheilkunde, XXI, p. 193.

Digitized by Google

3—4 mm, 17 mal 4 mm, 9 mal zwischen 4—5 mm, 7 mal 5 mm und 2 mal 5—6 mm betragend, Verhältnisse, die bei der Amboßextraction mit Haken nicht unberücksichtigt bleiben dürfen.

Das öftere Mißlingen der Amboßextraction vom Gehörgange aus war wohl mit ein Anlaß für Stacke,[19]) sich den Weg zur Hammer-Amboß-Extraction durch Ablösung der Ohrmuschel mit dem knorpeligen Gehörgange zu bahnen; es erscheint ihm wesentlich, daß das Trommelfell danach um die ganze Länge des knorpeligen Gehörganges nähergerückt ist, so daß man dasselbe mit dem Hammer bei directer Beleuchtung ausschneiden kann. Stacke meißelt hierauf, wie es Kessel vom Gehörgange aus that, das innere Ende der hinteren und oberen Gehörgangswand ab und entfernt aus dem derart eröffneten oberen Trommelhöhlenraume den Amboß mit der Pincette. Der dringenden Empfehlung dieser Methode ist nun Grunert[20]) entgegengetreten, nachdem dieselbe an 33 Fällen der Schwartze'schen Klinik versucht wurde. In 55 pCt. dieser Fälle mißlang die Amboßextraction, so daß nach Grunert die Methode Stacke's bei isolirter Gehörknöchelchen-Caries keinen Vorzug vor der alten, viel weniger eingreifenden Operationsmethode vom äußeren Gehörgange aus verdient.

Nach der Excision des Trommelfelles muß man stets mit der Möglichkeit, ja vielmehr mit der Wahrscheinlichkeit seiner Regeneration rechnen. Da es aber wünschenswerth erscheint, überall dort, wo man zum Zwecke der Hörverbesserung operirte, wenigstens den Zutritt der Schallwellen zu den Labyrinthfenstern frei zu halten, empfiehlt es sich, in derartigen Fällen durch Abmeißeln des Trommelfellfalzes an der hinteren oberen Peripherie den Limbus cartilagineus zu entfernen, durch dessen Zerstörung nach Kessel die Regeneration am sichersten verhütet wird; allerdings mißlingt manchmal, wie schon Lucae[21]) betonte, die Abmeißelung des Sulcus tympanicus.

Als Indicationen für die Trommelfellexcision stellte Gruber[22]) auf: Obliteration oder hochgradige Stenose der Tuba Eustachii, wenn selbe durch andere Mittel nicht zu beheben sind; Verdickungen und Verkalkungen[23]) des Trommelfelles neben bedeutender Schwerhörigkeit; Erschlaffung des Trommelfelles und schlaffe Narben, wenn dadurch krankhafte subjective Erscheinungen bedingt sind; schließlich Verwachsungen des Trommelfelles mit der inneren Paukenwand und anderen Gebilden der Paukenhöhle. Diese Indicationen — mit Ausnahme der Erschlaffung und schlaffen Narben — sind auch für die Trommelfell-Hammer-Amboß-Excision acceptirt. Die Excision einzelner Trommelfellparthien wird derzeit wohl nur mehr — und zwar in der Form der galvanocaustischen Ausbrennung — zur Ermöglichung eines ergiebigen Secretabflusses bei Mittelohrentzün-

---

[19]) Indicationen, betreffend die Excision von Hammer und Amboss. Vortrag, gehalten am 10. intern. med. Congress. Aug. 1890, ferner i. d. otiatr. Section d. 64. Vers. d. Ges. d. Naturf. u. Aerzte zu Halle. Sept. 1891, siehe aus Arch. f. Ohrenheilk. XXXI, 2. u. 3. Heft.

[20]) Weitere Mittheilungen über die Hammer-Amboss-Extraction etc. Arch. f. Ohrenheilkunde, XXXIII, XVI.

[21]) Arch. f. Ohrenhlkde. Bd. XXII, l. c.

[22]) Wien. allg. med. Ztg. 1863, l. c.

[23]) Irrigerweise wurden dieselben als Verknöcherungen aufgefasst.

Digitized by Google

dungen und als Probeoperation zur Entscheidung der Frage ausgeführt, ob noch Schalleindrücke zum Labyrinth auf dem Wege der Labyrinthfenster fortgeleitet werden.

Kessel[24]) stellte als Indicationen für die Trommelfell-Hammer-Amboß-Excision auf:

1. nicht redressirbare Tubenverengerung;
2. totale Verkalkung des Trommelfelles;
3. Caries der Gehörknöchelchen;
4. Ankylose des Steigbügels, wenn damit quälende Geräusche verbunden sind;
5. Cholesteatome der Paukenhöhle und des processus mastoideus, welche nach den üblichen Methoden nicht entfernt werden können.

Diese Indicationen können auch heute noch vollständig aufrecht erhalten werden. Da die Berechtigung des Operirens bei Ankylose des Steigbügels noch von manchen Seiten bestritten wird, wende ich mich dieser Indication zuerst zu; die Operation ist hier berechtigt, wenn die subjectiven Geräusche eine derartige Intensität erreicht haben, daß sie das psychische Gleichgewicht des Patienten bedrohen; zur Hörverbesserung wird man die Operation hierbei nicht vornehmen, da die Hammer-Amboß-Excision bei Sclerose nur dann Aussicht auf Erfolg bietet, wenn der Steigbügel noch frei in der Fenestra ovalis beweglich ist, z. B. bei der circumscripten Hammer-Amboß-Ankylose; eine Probeincision ins Trommelfell, oder die Excision oder Ausbrennung eines Trommelfellstückchens wird am raschesten Auskunft darüber geben, ob von der Operation eine Hörverbesserung zu erwarten ist.

Keinesfalls hat Stacke Recht, wenn er (l. c.) die Trommelfell-Hammer-Amboß-Excision bei Sclerose ohne jede Clausel für contraindicirt erklärt.

Was die an erster Stelle angeführte Indication, die nicht redressirbare Tubenstenose betrifft, so ist dieselbe ein ziemlich seltenes Ereignis; es handelt sich hier weniger um Schwellungskatarrhe der Schleimhaut und deren Ausgänge, d. i. Bindegewebsneubildung in der Submucosa; in solchen Fällen kann durch Katheterismus und Sondirung, eventuell mit Zuhilfenahme von Cocaïninjectionen, die Durrhgängigkeit der Tuba meist erzwungen werden.

Hier kommen die Formen in Betracht, wo am orificium externum oder im Tubenkanale nach eitrigen Entzündungen, besonders nach Luës, Verwachsungen zurückgeblieben sind. In solchen Fällen findet sich das Trommelfell ad maximum, bis zur Berührung der inneren Paukenhöhlenwand, eingezogen; der kurze Hammerfortsatz springt scharf vor, ebenso die hintere Falte, welche bei Horizontalstellung des Griffes denselben ganz decken kann. Die Farbe des Trommelfelles ist nur selten normal, perlgrau; meist ist sie gelblich, bräunlich, durch dahinter angesammeltes Exsudat, oder röthlich durch Hyperaemie. Manchmal sieht man als Residuen von Blutaustritten in die Mucosa bläuliche Flecke durchscheinen.

Ist das Trommelfell durch die starke Einwärtsziehung atrophisch geworden, so erblickt man einzelne Theile der Paukenhöhlenwandungen, das

[24]) Oesterr. ärztl. Vereinszeitung 1879, 24.

Digitized by Google

Promontorium und die Nische zur Fenestra rotunda, oder das Amboß-Steigbügelgelenk. Andererseits kann sich das Trommelfell verdickt, sehnig weiß präsentiren.

Das Hörvermögen erweist sich als sehr herabgesetzt, subjective Geräusche fehlen nur selten.

Weder beim Politzer'schen Verfahren, noch beim Katheterismus ist es möglich, Luft in die Paukenhöhle einzutreiben; in länger dauernden Fällen ist der Rinne negativ, bei einseitigem Leiden zieht sich der Stimmgabelton beim Weber'schen Versuche ins kranke Ohr.

Bevor man bei diesem Symptomencomplex die Ausschneidung des Trommelfelles mit Hammer und Amboß ausführt, sollte man nie ein Verfahren unversucht lassen, auf welches bisher bei dieser Gelegenheit nicht aufmerksam gemacht wurde: „Die Paracentese mit nachheriger Luftverdichtung im äußeren Gehörgange (Politzer)." Oefters konnte ich bei schweren luëtischen Affectionen der Tuba, wo dieselbe theils durch enorme Schwellung der Schleimhaut, theis durch ulceröse Processe am Ostium für Luftdouche undurchgängig war, ihre Wegsamkeit durch das genannte Verfahren wiederherstellen.

Es wurde bereits erwähnt, daß im Falle Kessels (Tubenstenose) die Hörweite nach der Ausschneidung des Trommelfelles von 10 cm auf 10 m für mittellaute Sprache stieg; dieser Fall ist jedoch vereinzelt geblieben, wenn man die Casuistik Sextons[25]) ausschließt, welche einer modernen Kritik wohl nicht Stand zu halten vermag.

Die totalen Verkalkungen des Trommelfelles sind lange nicht so häufig, wie die partiellen; die Operation ist meiner Meinung nach auch bei diesen letzteren indicirt, wenn die Schallleitung sehr behindert ist, z. B. bei Verkalkung der oberen Trommelfellhälfte, nur glaube ich, daß in manchen dieser Fälle die Myringectomie genügen dürfte; bestehen keine Ankylosen am Hammer-Amboß- und Amboß-Steigbügelgelenke, so wird schon die Ersetzung der starren Platte durch eine dünne Narbe Nutzen bringen.

Die häufigste und wichtigste der Krankheiten, welche die Excision des Trommelfelles mit Hammer und Amboß indiciren, ist die Caries und Necrose dieser Gehörknöchelchen.

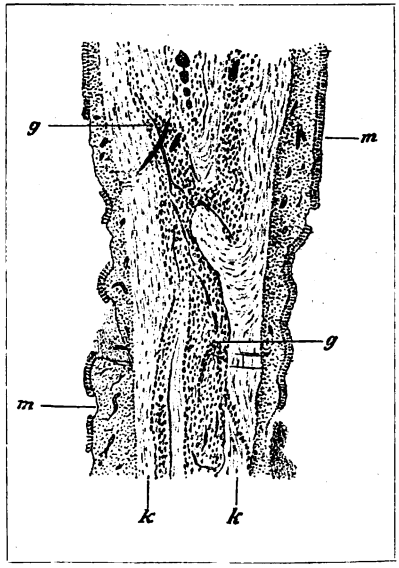
Diese Erkrankungen entstehen nur äußerst selten primär; in den meisten Fällen secundär durch die Fortpflanzung von Entzündungen der Paukenhöhle auf dem Wege der die Knöchelchen bekleidenden Schleimhaut, welche bekanntlich gleichzeitig die Function des Periostes versieht. Dieselbe unterliegt bei acuten und chronischen Entzündungen denselben Veränderungen, wie die übrige Schleimhaut der Paukenhöhle, der serösen Imbibition, der Rundzelleninfiltration; diese letztere zieht sich längs der Gefäße in die Havers'schen Canäle und Markräume, führt zu deren Erweiterung, weiters zu deren Erfüllung mit Granulationsgewebe, welches schließlich die zarten Knöchelchen zum Einschmelzen bringt.

---

[25]) Ueber Operationen zur Verbesserung sowohl der Schwerhörigkeit, wie von Affectionen des Kopfes und der Ohren. Schwindel, veranlasst durch chronischen Catarrh (sic?) des Trommelfelles. Zeitschr. für Ohrenhlkd., Bd. XXIII, 2. Heft; siehe auch Dr. Colles, deutsch. med. Wochenschr. 1889, 28.

Digitized by Google

Dabei befinden sich Hammer und Steigbügel dadurch in einer günstigeren Position, als der Amboß, daß der Hammer auch vom Trommelfelle, die Steigbügelplatte auch von der Labyrinthseite her ernährende Gefäße bezieht. Darum erkrankt der Amboß unter den drei Knöchelchen am leichtesten und frühesten an Osteitis rareficans und Caries. Bei 103 Fällen von Hammer-Amboß-Excision, welche Ludewig[26]) und Grunert[27]) aus der Hallenser Ohrenklinik veröffentlichten, war der Amboß 89 mal, der Hammer nur 67 mal cariös erkrankt gefunden worden.



Sehr interessant sind die Untersuchungen Grunerts (l. c.) über den Sitz der Caries an den Gehörknöchelchen, wobei ihm ein Material von 41 Hämmern und 27 Ambossen zur Verfügung stand, bei denen die Caries erst an einer einzigen, circumscripten Stelle begonnen hatte. Beim Hammer erkrankt in überwiegender Häufigkeit der Kopf, seltener der Griff — besonders oft ist die über der Crista des Hammers gelegene Stelle befallen — beim Ambosse liegen die Verhältnisse umgekehrt: hier erkrankt am häufigsten der in die Paukenhöhle herabragende lange Amboßschenkel, seltener der Körper des Ambosses. Wenn daher bei großen Lücken der hinteren Trommelfellhälfte der lange Amboßschenkel nicht mehr gesehen wird, so muß man doch mit der Möglichkeit rechnen, daß der Körper noch erhalten und in Verbindung mit dem Hammerkopfe sei.

(Fortsetzung folgt.)

[26]) Archiv f. Ohrenhlkde. XXIX, pag. 241 u. XXX, p. 263.
[27]) ibidem XXXIII, XVI.

Digitized by Google

Ueber
Laryngoscopia und Tracheoscopia inferior.

Von

Dr. **E. Weil**, Stuttgart.

Neudörfer[1]) war der erste, der die Untersuchung des Kehlkopfes und der Luftröhre von der durch die Tracheotomie gemachten Oeffnung aus empfohlen hat.

Der Kürze wegen werde ich diese Untersuchung mit Laryngoscopia und Tracheoscopia inferior bezeichnen.

Czermak[2]) hatte bald Gelegenheit, den Vorschlag von Neudörfer praktisch zu erproben. Er benützte hiebei die heute noch eingeführten, kleinen ovalen Stahlspiegel.

Semeleder[3]) theilt dann einen Fall mit, bei welchem ein Arzt, der eine Trachealfistel hatte, an sich selbst derartige Beobachtung anstellte.

Türk, Victor v. Bruns, Tobold, Makenzie sprechen in ihren bekannten Werken zum Theil sehr ausführlich über diese Methode.

Der Herausgeber von Makenzie, Semon verweist, zum Beweis, wie nöthig es sei, in betreffenden Fällen so zu untersuchen, auf einen Fall, den er[4]) mitgetheilt hat: Wegen Unterlassung dieser Untersuchung klärte sich erst nach der Thyreotomie der wahre Stand der Sache auf.

v. Bruns besonders betont die Schwierigkeiten, die sich dieser Untersuchung entgegenstellen.

Auch Tobold weist darauf hin, daß bei Kindern die Tracheoscopia inferior beinahe unmöglich sei.

Bernhard Fränkel[5]) spricht nur einige Worte über unsere Frage, ebenso Schnitzler.[6]) Bei Fauvel und Störk finde ich nichts Hierhergehörendes. Dagegen theilt Voltolini[7]) einen Fall mit, bei dem er von der Halsfistel aus mit Hilfe des Brunton'schen Spiegels einen schon längst geahnten Fremdkörper im Larynx diagnosticirte.

Von den neuen Autoren gehen Gottstein und Bresgen über die Frage kurz weg. Schrötter[8]) und Avellis[9]) erwähnen die Sache überhaupt nicht.

Der erste, der ausführlich über diese Untersuchung sprach und sie warm empfiehlt, ist Pieniazek.[10])

---

[1]) Oesterreichische Zeitschrift für praktische Heilkunde. No. 46. 1858.
[2]) Wiener med. Wochenschrift. 1859. No. 14.
[3]) Die Laryngoscopie.
[4]) Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. 1879.
[5]) Ziemssen spec. Pathologie und Therapie. Band IV. 1. Hälfte.
[6]) Ueber Laryngoscopie etc.
[7]) Berliner klinische Wochenschrift. 1875. No. 6.
[8]) Vorlesungen über Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre etc.
[9]) Cursus der laryngoscopischen und rhinoscopischen Technik.
[10]) Verhandlungen des Berliner internationalen medicinischen Congresses, Band IV, 12. Abtheilung.

Digitized by Google

Er schlägt vor, in allen derartigen Fällen die Trachea — vom Larynx spricht er weniger — mit Hilfe von Ohrtrichtern oder entsprechenden Röhren, die den Zaufal'schen Nasentrichtern ähnlich sind, direct zu untersuchen und führt Fälle an, bei welchen er Croupmembranen und Fremdkörper aus der Trachea unter Leitung des Auges sicher entfernen konnte.

Im Allgemeinen ist die Methode von den Laryngologen noch wenig beachtet, noch weniger von den Chirurgen. Für diese ist die Sache am wichtigsten, denn ihnen hauptsächlich stehen die Fälle zur Verfügung, bei denen die Methode anzuwenden ist. Ich meine die Fälle von erschwertem Decanülement. Auch die Fälle von Fremdkörpern im Larynx und der Trachea, welche den Kehlkopf- und Luftröhrenschnitt nöthig machen, kommen meistens zu den Chirurgen. Auch hier wäre nach vollendeter Operation exacte Spiegeluntersuchung und Behandlung sehr häufig am Platze.

Wie wenig die Chirurgen sich mit dieser Methode befreundet haben, sehen wir aus der sonst so vortrefflichen Arbeit von Röhl.[11]) Er erwähnt in seiner ausführlichen Abhandlung die Frage beinahe gar nicht. Auch in den chirurgischen Lehrbüchern finde ich nichts Hierhergehörendes.

Ich selbst kam aus Anlaß des nachfolgenden Falles dazu, mich mit der Frage zu beschäftigen.

Frl. M., 16 Jahre, kam im März dieses Jahres zu mir. Sie berichtet, sie sei seit ihrem ersten Jahre heiser und vor 10 Jahren wegen Erstickungsgefahr von Dr. Elben hier operirt worden; vorher und später seien öfters Versuche gemacht worden, Polypen im Kehlkopf vom Munde aus zu entfernen; zum letzten Male sei sie vor 4 Jahren in Tübingen in Behandlung gewesen. Die Eingriffe sollen nur theilweisen Erfolg gehabt haben. Die Canüle hatte die Patientin in den 10 Jahren nie abgelegt. Das Mädchen war, als sie zu mir kam, vollständig aphonisch; sie trug eine Hartgummicanüle, an deren unterm Rand ein Stück fehlte. Wie ich hörte, trug sie diese Canüle ganz gegen den Rath ihrer Tübinger Aerzte.

Patientin hatte bei geschlossener Röhre starke Athemnoth. Bei der Laryngoscopia superior zeigte sich der Kehlkopf voll von blaß-röthlichen Papillomen, welche die Stimmbänder überdeckten. Die Aryknorpeln bewegten sich frei; die Papillome saßen rechts besonders reichlich. Die Trachealfistel, etwa 3—4 cm unter dem Schildknorpel — es war die untere Tracheotomie gemacht worden — war an ihren Rändern vernarbt; am oberen Winkel nach innen saß eine rundliche derbe Verdickung.

Ich entfernte vom Mund aus in drei langdauernden Sitzungen den größten Theil der überaus reichlichen Kehlkopfpapillome. Diese gingen, wie sich nachträglich zeigte, von den Stimmbändern aus und zwar von der ganzen freien Fläche, hauptsächlich aber von dem vorderen Drittel des linken Stimmbandes. Außer dem freien Rand war auch die untere Fläche der Stimmbänder der Ausgangspunkt der mittelweichen Polypen. Besonders war das letztere am rechten Stimmband der Fall. Die Taschenbänder waren wenig betheiligt, der Kehldeckel gar nicht.

---

[11]) Ueber die Ursachen der Erschwerung des Decanülements nach Tracheotomie. Langenbecks Archiv, Band 35, 1887.

Digitized by Google

Nach diesen drei Sitzungen konnte die Patientin wieder frei athmen, auch bei geschlossener Canüle, und hatte eine ziemlich helle Stimme. Reste der Papillome saßen an der vorderen Commissur und am hinteren Drittel der Stimmbänder.

Außerdem sah man mit dem Spiegel subglottisch noch eine Anzahl von Verdickungen, besonders unter dem rechten Stimmband und dann beiderseits neben der vorderen Commissur.

Bei dem Versuch, von der Trachealfistel aus zu untersuchen, sah ich ohne Spiegel sehr wenig; ich sah bloß am oberen Winkel die schon erwähnte derbe Verdickung, nach unten links zu sah ich undeutlich eine röthliche Erhöhung. Ich untersuchte jetzt mit dem Czermak'schen Stahlspiegel, der sich nach localen Cocaïneinpinselungen leicht in die Trachea einführen ließ. Ich sah damit Granulationen über dem oberen Wundwinkel und eben solche unten auf der linken Seite. Sehr viel sah ich mit dem Spiegel nicht; besonders nach oben verdeckten Granulationen den Einblick. Ich ließ, da die Stahlspiegel mir nicht genügten, von Instrumentenmacher Schmid hier vier kleine Glasspiegel[12]) besorgen und konnte jetzt, besonders bei Sonnenlicht, einen genauen Ueberblick bekommen. Sehr genau war der Einblick nach oben, wenn ich mit der linken Hand den Kehlkopf von außen nach hinten drückte. Ich sah jetzt viele Granulationen nach oben von der Fistel, die hauptsächlich den Raum unter dem rechten Stimmband ausfüllten. Außerdem sah ich an der vorderen Commissur, von der Unterwand der beiden Stimmbänder ausgehend, längliche Gebilde und nach hinten am rechten Stimmband mehr weißlich aussehende Wucherungen.

Die Bewegung der Stimmbänder, die röthlich aussahen, war deutlich zu verfolgen, besonders bei der Phonation; durch die Rima glottidis hindurch sah man die oberen Kehlkopftheile.

Nach hinten unten von dem Fisteleingang sah ich eine nicht sehr erhabene quere Schleimhautsverdickung. Weiter fand ich starke Granulationen an der rechten und noch mehr an der linken Trachealwand, 2—3 cm unter der Fistel. Eine sehr hervorragende Wucherung saß noch tiefer an der Vorderwand.

Die Theilungsstelle der Trachea war gut zu sehen. Oefters wiederholte Untersuchungen zeigten mir, daß auf diese Weise eine sehr genaue Beobachtung möglich ist. Bedingung ist wegen der Reizbarkeit der Trachea Bepinselung mit 5—20 proc. Cocaïnlösung. Als Lichtquelle benützte ich am liebsten das reflectirte Sonnenlicht oder Auer'sches Gasglühlicht.[13]) Ruhiges Verhalten des Patienten ist natürlich nöthig; ob Kinder sich genügend ruhig halten, kann ich nicht sagen, da mir eigene Erfahrung fehlt; unter Umständen wäre Narcose mit gleichzeitiger localer Cocaïnisirung nöthig. Ist die Fistel zu eng, so wäre allmählige Erweiterung mit verschieden großen Trichtern, oder mit Hilfe von Häckchen[14]) vorzunehmen. Als ich mich genügend orientirt hatte,

[12]) Der Durchmesser der vier Spiegel ist 10, 9, 8, 7 mm. Der Stiel der Spiegel ist biegsam.

[13]) Dieser Brenner ist in seiner neuesten Construction für jetzt wohl die beste künstliche Lichtquelle für Untersuchungen der Laryngologen.

[14]) Ich benützte hierzu einfache Schielhacken.

Digitized by Google

ätzte ich die über der Fistel sitzenden Wucherungen mit entsprechend gebogenen Aluminiumsonden, an deren Spitze argentum nitricum angeschmolzen war. Einen Theil der Papillome wischte ich, nachdem ihr Sitz vorher mit dem Spiegel bestimmt war, mit Schwammträgern weg. Zwischenhein wurde auch vom Munde aus der Larynx vollends freigemacht. Die Wucherungen unterhalb der Fistel wurden relativ leicht durch Trichter hindurch mit Löffeln, Pincetten, Schlingen und Aetzungen entfernt; am liebsten habe ich die kalte Drahtschlinge zu ihrer Entfernung benützt. Die anderen Methoden habe ich mehr experimenti causa versucht. Der Patient muß bei diesen Eingriffen den Kopf gehörig zurücklegen; zugleich wird, wenn nötig, die vordere Trachealwand nach hinten gedrückt.

Nach und nach wurde Larynx und Trachea durch diese Eingriffe so frei, daß ich die Neusilber-Canüle, die ich an Stelle der Hartgummiröhre hatte tragen laßen, ablegen lassen konnte; die Entfernung der Canüle hatte die angenehme Folge, daß die Recidive in der Trachea, die vorher sich immer wieder gezeigt hatten, wegblieben. Im Larynx dagegen bildeten sich immer wieder Nachwüchse. Arsenik, den ich dagegen versuchsweise anwandte, hatte, nebenher bemerkt, gar keinen Einfluß. Als die Patientin die Canüle etwa 8 Wochen nicht mehr getragen hatte und ich auch sah, daß ich den Larynx von oben her frei halten konnte, dachte ich daran, die Fistel schließen zu lassen, und bat Herrn Dr. Albert Zeller, die Operation vorzunehmen. Diese wurde am 3. August ausgeführt. Ueber ihren Verlauf hat mir Herr Dr. Zeller freundlicherweise nachfolgende kurze Notizen[15]) aufgeschrieben:

„Bei hängendem Kopf wird der Rand der Fistel angefrischt; sodann nach unten von derselben ein zungenförmiger Lappen gebildet, dessen Stiel am unteren Rand der Fistel mit der Unterlage in Verbindung bleibt. Nach Abpräpariren des Lappens wird derselbe nach oben umgeschlagen, so daß also seine Epidermisfläche in das Lumen der Trachea sieht. In dieser Lage wird er durch einige Seidenfäden beiderseits befestigt. Hierauf wird die Haut zu beiden Seiten der Fistel und des Defectrands unterminirt und dann leicht ohne Spannung in der Mittellinie durch Nähte vereinigt. Unmittelbar nach der Operation war die Athmung frei, die Stimme klar, die Heilung erfolgte per primam. Nur vier Tage lang entwich aus einer erbsengroßen Granulation in der Mitte der Wunde beim Pressen etwas Luft."

Seit der Operation befindet sich Patientin ganz wohl und ist glücklich über die wiedergewonnene Stimme und nicht weniger über die Entfernung der entstellenden Fistel. Das Mädchen, das vorher blaß und schlecht aussah, ist jetzt blühend und wird täglich kräftiger. Athemnoth ist bis heute — Ende November — nie aufgetreten; nur mußte ich wegen Recidive im Kehlkopf zweimal vom Munde aus eingreifen. Das Mädchen kommt derzeit jede Woche einmal zu mir, um sich den Kehlkopf inspiciren zu lassen. Seit einigen Wochen war ein weiterer Eingriff nicht mehr nöthig.

[15]) Der Herr College wird über die Operation anderweitig noch ausführlich berichten.

Digitized by Google

Wenn ich hier über den einen Fall berichte, so geschieht es, weil ich Collegen, die über solche Fälle verfügen, veranlassen möchte, die Laryngoscopia und Tracheoscopia inferior möglichst zu benützen. Die Untersuchung gestattet, wie wir sehen, eine exacte Diagnose und ermöglicht Eingriffe, die größere chirurgische Operationen unnöthig machen.

Ich glaube, es sollte so weit kommen, daß bei der Anlage des Tracheotomieschnittes auf etwaige nachfolgende Untersuchung und event. Eingriff Rücksicht genommen wird. Daß bei jedem Fall von erschwertem Decanülement und überhaupt bei allen Eingriffen von der Luftröhre aus der Spiegel die Hand des Arztes leiten muß, halte ich für unumgänglich nöthig.

II. Referate und Recensionen.

a) Otologische:

Bericht

über die an der Klinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Joseph Gruber im Jahre 1891 ambulatorisch behandelten Kranken.

Detail-Bericht.

(Schluss.)

Caries et Necrosis ossis temporis.

40 Fälle: 27 M. + 13 W. Die meisten Patienten wurden auf die stationäre Klinik aufgenommen und daselbst operirt. Bloß in den Ferialmonaten, nach der Schliessung der Klinik wurden auch ambulatorisch Trepanationen vorgenommen.

Unter diesen ist besonders folgender Fall von beiderseitiger Caries necrotica bemerkenswerth.

J. K. 16 Jahre alt, Lehrmädchen, Ambul. Prot. Z. 54. 310, erschien am 29. Juli 1891 Vormittags in der Ambulanz und wurde ex indicatione vitali sofort trepanirt.

Status praesens: 29. Juli 1891: Beiderseits sehr profuse Otorrhoe.

Rechtes Ohr: Nach Entfernung des Eiters: Gehörgang durch Schwellung seiner Wände spaltförmig verengt; besonders stark war die Vorbauchung der hinteren oberen Partie. Ohrmuschel senkrecht vom Schädel abstehend, hinter derselben ein sehr deutlich fluctuirender hühnereigrosser Abscess. Haut über demselben normal. Beim Katheterismus deutliches Perforationsgeräusch. Uhr in contigno auriculae.

Linkes Ohr: Gehörgang ebenfalls spaltförmig verengt. Regio mastoidea etwas aufgetrieben, empfindlich. Uhr in contigno omni. Weber nach rechts.

Hirnnerven intact. Temperatur 39·9° C., Sensorium etwas benommen.

Digitized by Google

Erbrechen bereits wiederholt von den Angehörigen beobachtet. Eine Viertelstunde nach ihrem Erscheinen in der Klinik bekam Patientin einen etwa eine halbe Stunde andauernden Schüttelfrost. Da sie viel zu schwach schien, um eine beiderseitige Trepanation überstehen zu können, wurde zuerst die rechte Seite vorgenommen. Der Verlauf der Operation war folgender: In tiefer Narkose wurde etwa 1 Ctm. hinter dem Ansatze der Ohrmuschel auf der Höhe des Abscesses ein etwa 7—8 Ctm. langer Schnitt, durch sämtliche Weichgebilde bis auf den Knochen geführt. Dabei entleerte sich der subperiostal angesammelte, höchst foetide Eiter, etwa 2—3 Esslöffel. Das Periost war weithin unterwühlt, der Knochen oberflächlich grau, missfärbig, rauh anzufühlen und ziemlich stark aufgetrieben. Bei der nun folgenden Aufmeisselung des Proc. mastoid. drang auf den ersten Meisselschlag massenhaft Eiter hervor. Mit der Sonde gelangte man in eine überwallnussgrosse, mit Eiter; Granulationen und mehreren Sequestern erfüllte Höhle. Es wurde aus diesem Grunde der Knochen breit eröffnet und teils mit der Kornzange, teils mit dem scharfen Löffel 2 haselnussgrosse und mehrere kleinere Sequester entfernt, die Höhle gründlich excochleirt und die ziemlich starke Blutung durch Jodoformgazetamponade gestillt. Verband.

29. Juli Abends: Nach der Operation 2 bis 3 stündlicher Schlaf. Um 4 Uhr Temperatur 37·6°.

30. Juli: Patientin fühlt sich sehr matt, klagt über Schmerzen auf der linken, nicht operirten Seite. Temperatur Vormittags 37·5°, Abends 38·0°. In den folgenden Tagen blieb der Befund annähernd derselbe. Die Wundheilung ging ziemlich langsam von statten, die Schmerzen auf der anderen Seite steigerten sich immer mehr.

15. August: Temperatur Abends über 39·0°, Schüttelfröste, heftiger Kopfschmerz.

16. August: Trepanation links. Knochen aufgetrieben, subperiostal kein Eiter. Bei der in der Narkose vorgenommenen Aufmeisselung wurden auch auf dieser Seite massenhaft Eiter, Granulation und ein nussgrosser Sequester aus der mehr als 3 Ctm. tiefen Höhle im Knochen entfernt. Excochleation, Jodoformgazetamponade, Verband.

17. August: Temperatur normal, ebenso in der Folgezeit. Die Nachbehandlung erforderte bis zur vollständigen Heilung einen Zeitraum von 9 Monaten. Erst im April 1892 erfolgte die Heilung mit Wiederherstellung der normalen Hörweite: die beiden Trommelfelle mässig getrübt, stellenweise etwas verdünnt, Lichtreflexe normal. Auch das Allgemeinbefinden hatte sich sehr gebessert, das Körpergewicht nach Angabe der Patientin um 10 Kilo zugenommen.

„Einen wesentlichen Fortschritt in der Nachbehandlung der Trepanation hatten wir an unserer Klinik insofern zu verzeichnen, als in sehr vielen Fällen die von mir zuerst ausgeführte Secundärnaht mit überraschendem Erfolge angewendet wurde. Bis jetzt waren wir gewohnt, die Operationswunde immer offen zu halten und den Substanzverlust durch Granulationsbildung von innen her zur Heilung zu bringen. Während der ganzen Nachbehandlung waren wir bestrebt, durch Einlegen fremder Substanzen (Jodoform, Sublimatgaze u. s. w.) die Höhle nach außen offen zu halten und gingen hiervon erst dann ab, wenn die Wundhöhle ganz seicht, fast auf Niveau der äußeren Fläche des Schädels, war. Je nach dem Kräfte-

Digitized by Google

zustand des betreffenden Kranken und je nach den äußeren Verhältnissen, kam es dann in verschieden langer Zeit zum Verschluß; immerhin vergingen bei grösseren Höhlen viele Wochen und selbst viele Monate, bis der Kranke geheilt war. Mir schien dieses Verfahren mit unserem Vorgehen bei der Operation selbst und mit den Erfahrungen, die man bei anderen Operationen gemacht, nicht ganz harmonisch.

Bei der Operation trachten wir, die Beinhaut der aufzumeißelnden Teiles durch Wegschaben vom Knochen möglichst zu erhalten.

Wenn wir jetzt durch Verdrängen derselben, indem wir fremde Substanzen zwischen den Schnitträndern einlegen, länger als nöthig ihre Mitbeteiligung an der Regeneration der verlorenen Knochensubstanz beeinträchtigen, scheint mir dies nichts weniger als rationell. Andererseits hat man gerade bei Operationswunden am Schädel die Erfahrung gemacht, daß Substanzverluste am Knochen sich schneller regeneriren, wenn sie von Weichgebilden gedeckt sind, und ferner, daß es auch gelingen kann, granulirende Weichtheile, wenn sie entsprechend vorbereitet werden, durch Anlegen einer Naht zur schnellen Verwachsung zu bringen.

Nach alledem entschloß ich mich auch in Fällen von Trepanation des Warzenfortsatzes, die Spätnath in Anwendung zu bringen und bin von den Ergebnissen so befriedigt, daß ich dieselbe in geeigneten Fällen in Zukunft immer machen werde.

Zweckmäßig erscheint sie mir:

1. in jenen Fällen, wo die Ergebnisse der Operation dieser die Bedeutung eines Explorativeingriffes verschaffen, man sich aber wegen anderweitiger Vorkommnisse nicht entschließen konnte, gleich nach der Operation die Vereinigung vorzunehmen, während diese Bedenken später gegenstandslos wurden.

2. Schätze ich die Spätnaht in allen anderen Fällen, wenn die localen und allgemeinen Erscheinungen darauf deuten, daß das Offenhalten der Wunde nicht weiter erforderlich ist, und zwar auch dann, wenn die Operationshöhle noch sehr tief ist, selbst wenn die Höhle von noch nicht granulirender, aber sonst ganz gesunder Knochensubstanz begrenzt wird.

In der Tiefe der Wundhöhle allein sehe ich keine Contraindication für die Spätnaht, besonders nicht in jenen Fällen, wo durch die Operation eine Communication mit der Trommelhöhle nicht geschaffen wurde. In diesen letzgenannten Fällen kann der Proceß am Warzenteile genau begrenzt sein, selbst wenn früher in der Trommelhöhle ein Eiterungsproceß bestand.

Dagegen muß man von der Spätnaht ganz absehen in jenen Fällen, wo die Wundhöhle im Warzentheile mit einem nachbarlichen eiternden Entzündungsherde communicirt, insolange der Letztere nicht der Heilung zugeführt ist. So dürfen wir uns nie erlauben, die Wunde am Warzenfortsatze total zu schließen, solange noch in den Gebilden der Trommelhöhle Eiterung besteht, wenn diese Höhle mit der durch die Operation gesetzten in offener Communication ist.

Die Entscheidung, ob eine derartige Eiterung in den nachbarlichen Gebilden auch gänzlich und für immer aufgehört hat, ist freilich gerade in solchen Fällen, wo es sich um die Schließung der Operationswunde handelt, nicht so leicht. Mitunter sehen wir die Entzündung der Schleim-

Digitized by Google

haut der Trommelhöhle nach der Trepanation schnell zurückgehen, die Otorrhoe hört für einige Tage auf, erscheint aber nach kürzerer oder längerer Zeit wieder. Wenngleich in solchen Fällen das neuerliche Auftreten von Eiter im Mittelohre nicht immer den Heilungsproceß im Warzenteile schädlich beeinflussen, oder gar lebensgefährliche Zufälle erzeugen muß, wenn die Höhle im Warzenteile frühzeitig geschlossen wurde, so kann doch die Möglichkeit eines solchen unglücklichen Ereignisses nicht ausgeschlossen werden und wir müssen unter allen Verhältnissen diese Möglichkeit bei unserer Behandlung im Auge behalten, beziehungsweise derselben vorbeugen. Das Letztere steht, wie wir gleich sehen werden, ganz in unserer Macht.

Der Zeitpunkt, wann die Spätnaht gemacht werden kann, wird dem Gesagten zufolge sehr verschieden sein. Ich sehe hier natürlich von jenen Fällen ganz ab, wo nach dem ersten Verbandwechsel die Naht angelegt wird, und so gewiß auch bis jetzt jeder mehrbeschäftigte Operateur davon Gebrauch machte, und habe bloß jene Fälle im Auge, wo die Höhle im Warzenteile nach der Operation eiterte, mit oder ohne Communication mit Nachbarhöhlen nur sehr langsam durch Granulation heilte.

Bestand zwischen der Wundhöhle und der Trommelhöhle keine Communication, oder hatte die Communication nach einer bestimmten Zeit aufgehört, ist die Eiterung in der Wundhöhle am Warzenteile nicht profus, die Granulation nicht sehr fungöser Natur, dann schreite ich zur Vereinigung der Wundränder.

Desgleichen mache ich die Spätnaht, wenn selbst bei Communication der Wunde mit der Trommelhöhle in dieser selbst durch längere Zeit die Eiterung total aufgehört hat und das Befinden des Kranken keine Contraindication gegen das Verfahren bietet.

Was nun die Operation der Spätnaht selbst betrifft, wird dieselbe dem speciellen Falle angepaßt werden müssen.

Zunächst muß natürlich darauf geachtet werden, daß innerhalb der Wundhöhle die möglichst günstigsten Heilungsbedingungen obwalten. Die Wundfläche muß demzufolge genau desinficirt und von allen die Heilung behindernden oder die Eiterung begünstigenden Stoffen befreit werden. Fungöse Granulationen werden weggekratzt, die Blutung darauf gestillt, mit Sublimatlösung (1 : 100) ausgewaschen und dann zur Anlegung der Naht geschritten. Dabei sollen die Hefte nicht bloß durch die Haut, sondern durch möglichst alle den Knochen deckenden Weichgebilde, die Beinhaut inbegriffen, geführt werden, um die Berührung der Wundränder in ihrer ganzen Dicke zu erreichen, und ebenso sollen möglichst viele Hefte angelegt werden, um den innigen Contact der Wundränder in der ganzen Länge der Wunde zu erzielen, weil hierdurch die Verwachsung desto sicherer erfolgt.

Es wurde bereits früher erwähnt, daß es in einzelnen Fällen nicht möglich ist mit Sicherheit zu bestimmen, ob die Eiterung in der Tiefe auch schon in dem Grade abgenommen hat, daß auf den künstlich durch die Trepanation erzeugten Abzugscanal verzichtet werden kann. Damit man nun in solchen Fällen nicht durch unerwünschte Zwischenfälle überrascht werde, und wenn dies der Fall wäre, durch dieselben nicht gefährliche Complicationen herbeigeführt werden, ist es rathsam, in solchen zweifelhaften Fällen nicht gleich die Vereinigung der ganzen Wunde vorzunehmen,

Digitized by Google

sondern einen kleinen Theil an der zweckdienlichsten Stelle offen zu lassen, damit dem etwa reichlicher sich bildenden Exsudate der Austritt leicht möglich werde, und man von da aus im Nothfalle auch wieder leicht eine Erweiterung der Wunde vornehmen könne. In solchen Fällen lasse ich den unteren Wundwinkel offen und führe durch denselben gewöhnlich einen dünnen Jodoformdocht in die Tiefe. Geht dann in der nächsten Zeit der Heilungsproceß ohne jede Störung von statten, zeigt sich namentlich nirgends ein Symptom, welches auf Eiteransammlung in der Tiefe deutet, dann mache ich den Docht immer dünner, bis ich ihn endlich ganz weglasse. Was die sonstige Behandlung der Naht anbelangt, wird sie ganz nach gewöhnlichen chirurgischen Gesetzen geführt."

Affectio labyrinthi.

49 Fälle: 34 Männer + 15 Weiber. Unter dieser Diagnose wurden auch Patienten eingetragen, bei denen mit großer Wahrscheinlichkeit eine centrale Affection der Acusticusbahnen angenommen werden mußte. Die Behandlung war fast immer erfolglos.

J. D., 28 Jahre alt, Taglöhner, Ambul. Prot. Z. 51,564, erschien am 3. Feb. mit der Angabe, dass ihm am 25. Oktober 1890 in Solenau anlässlich eines Schachtbaues eine Hacke aus ziemlicher Höhe auf den Kopf gefallen sei. Darauf sei er durch 7 Stunden bewusstlos gewesen. Aus dem rechten Nasenloch floss eine fleischwasserähnliche Flüssigkeit, aus dem Ohre nichts. Patient soll nach dem Unfalle erbrochen haben. Seit diesem Ereignisse hört er auf dem rechten Ohre garnichts und leidet an Schwindel.

Status praesens 3. Februar: Aeusserer Gehörgang und Mittelohr zeigen fast vollständig normale Verhältnisse. Trommelfell intact, von vorausgegangenen Affectionen im hinteren Segment sehr leicht getrübt, Lichtreflex normal. Links Hörweite annähernd normal, rechts vollständige Taubheit für Uhr und Sprache. Auch die Stimmgabel wird von der Luft aus garnicht, vom Knochen immer links gehört. Hochgradige subjective Gehörsempfindungen, Schwindelanfälle, Schwanken beim Gehen mit geschlossenen Augen. Am Schädel, beiläufig der Mitte des rechten Seitenwandbeines entsprechend, deutliche Narbe. Die Diagnose lautete: Affectio nervosa centralis, was wohl durch die geschilderten Erscheinungen vollkommen begründet war.

J. F., 32 Jahre alt, Zimmermann, Ambul. Prot. Z. 55.202, erschien am 24. September in der Ambulanz. Acht Wochen vorher hatte Patient einen Schlag auf den Kopf mit einer schweren Eisenstange erlitten; am hinteren Theile des Seitenwandbeines war thatsächlich eine gegen die Schuppe des Hinterhauptbeines hinziehende quere Impression am Schädel sichtbar. Auch dieser Patient war auf der betroffenen Seite vollständig taub für Uhr, Sprache und Stimmgabel. Weber nach links. Schwanken bei geschlossenen Augen.

Surdomutitas.

52 Fälle; 30 M. + 23 W. 28 Fälle waren nach Infectionskrankheiten entstanden, die übrigen angeboren. Unter den Infectionskrankheiten steht Meningitis obenan; 15mal war die Taubstummheit in Folge von Hirnhautentzündung eingetreten. 5mal war Scarlatina die Ursache; dabei immer beiderseitige totale Destruction des Trommelfelles und der Gehörknöchelchen. Nach Typhus wurde 2mal, nach Influenza 1mal, nach einer „fieberhaften

Digitized by Google

Erkrankung“ 2mal, nach Keuchhusten 1mal, nach Masern 2mal Taubstummheit beobachtet. In mehreren Fällen wurde eine Behandlung mit Resorbentien (auch mit P.locarpin-Injectionen) ohne irgend welchen Erfolg versucht.

Lässt sich das Microphon zur Construction eines hörverbessernden Apparates mit Vortheil anwenden? Von Dr. med. Victor Lange, Ohrenarzt in Kopenhagen. (Deutsche medic. Wochenschr. 1892, No. 15.)

Anregung zu diesem Aufsatze gab die von Baron Léon von Lenval ausgesetzte Preisausschreibung *) von 3000 Frcs. für das beste nach dem Principe des Microphones construirte und bequem zu tragende Instrument zur Verbesserung des Hörvermögens bei Schwerhörigen. In der Hoffnung, auf die Durchführbarkeit der gestellten Aufgabe machte sich Verf. an die Arbeit, kam aber zu einem negativen Resultate, welches er nun veröffentlicht, um entweder Mittheilungen über etwa gelungene Versuche zu veranlassen — welche bisher noch ausstehen — oder aber die Collegen vor Vergeudung von Arbeit und Geld auf diese aussichtslose Arbeit zu warnen.

Das Wesen des Microphones sieht Verfasser, der Definition von Hughes folgend, in dem Vorhandensein eines Leiters, dessen Widerstand sich in genauer Uebereinstimmung mit Schallschwingungen zu ändern vermag, wozu sich besonders leitende Körper in Pulver- oder Flächenform eignen, die durch gelinden Druck in Contact gebracht werden.

Bezüglich der Hauptfrage: ist das Microphon ein Schallverstärker oder nicht? kam Lange auf Grund vielfacher Versuche an Normalhörenden und Schwerhörigen zu dem Resultate, daß das Microphon nur ein Schallüberträger sei, jedoch kein Apparat, der Worten, Tönen oder Geräuschen erhöhte Schallstärke verleiht, wofür schon die tägliche Beobachtung, daß Leute mit etwas abgeschwächtem Hörvermögen zum Telephondienste ungeeignet sein, spricht.

Die technischen Schwierigkeiten begannen damit, daß erst ein wirklich „portatives“ Microphon zu construiren war, weil die im Handel unter diesem Namen üblichen, wenn sie beim Gebrauche in der Hand gehalten und bewegt werden, durch die unsichere Uebertragung der Schallwellen und das gleichzeitig hörbare Rasseln der beweglichen Kohlenstücke unbrauchbar werden. Endlich gelang es dem Verf., ein selbst vehementen mechanischen Insulten trotzendes Microphon zu construiren.

Die zweite Schwierigkeit bestand darin, ein portatives, nicht zu voluminöses und zu schweres Element zu finden, das einen Strom von genügender Intensität und möglichst langer Constanz liefern könnte, da häufiges Erneuern des Elementes das Instrument sehr vertheuern würde. Lange construirte ein solches sehr kleines, aber kräftiges Element, dessen Arbeit jedoch anbetracht des Zweckes von ungenügender Dauer war. Dieses Element, das erwähnte mit einem guten Schallverstärker versehene Microphon und die mit einem Telephon nach Gover verbundenen Secundärrollen hatten in einem 11—12 cm hohen und 5—6 cm breiten Kasten Platz. Der nicht zu schwere Apparat ließ sich bequem an einem Riemen am Halse tragen. Microphon und Element erwiesen sich als sehr brauchbar, freilich nur für Normalhörende, während Schwerhörige sich ausnahmslos ungünstig

*) Zeitschrift für Ohrenheilkunde XX. Bd., III. u. IV. Heft, 1890.

Digitized by Google

darüber äußerten. Das Gehör wurde durch den Apparat durchaus nicht gebessert.

Nach Ueberwindung der bedeutenden technischen Schwierigkeiten glaubt nunmehr Verfasser, daß man bei der Lösung der gestellten Aufgabe mit dem heutigen Microphonprincip nicht durchkommen kann und schließt mit der Frage an das Comité, „ob dasselbe wisse, daß die Lösung der gestellten Aufgabe auf die verlangte Weise möglich sei?“

Dr. R. Hitschmann.

Das Cocaïn bei Behandlung der acuten Ohrentzündungen. (Cocaïne in the treatment of acute inflammations of the ear). Von Dr. Julius Wolfenstein in Cleveland, Ohio. (The New-York med. Journal. November 5, 1892. p. 515)

Verfasser findet, daß durch zeitliche Anwendung des Cocaïns in den meisten Fällen sowohl die Entzündung des Trommelfells, als auch die acute Mittelohrentzündung rückgängig gemacht werden könne, so daß es garnicht zur Eiterung kommt. Ungefähr 100 Fälle von acuter Mittelohrentzündung und einige Fälle von Trommelfellentzündung, welche Verf. in den letzten 4 Jahren behandelte, lieferten das Beobachtungsmaterial, aus welchem er die obige Anschauung gewann. Er verwendet 5—6 Tropfen einer 5 %gen Lösung bei Kindern und wiederholt die Einträufelung, sobald sich der Schmerz erneuert. Bei acuter Mittelohrentzündung reiche eine 2—3 tägige Cocaïnbehandlung hin (4—5 mal tägliche Einträufelung), in sehr schweren Fällen dauere die Behandlung etwas länger und müsse auch öfters, selbst jede Stunde, das Mittel in Anwendung kommen.

Verf. schließt, mit Rücksicht auf seine guten Resultate, daß das Cocaïn nicht bloß ein schmerzstillendes Mittel sei, sondern daß es auch antiphlogistische Wirkung besitze. J.

---

b) Rhinologische:

Bemerkungen zu dem Artikel des Herrr Gleitsmann: „Ein neues und einfaches Verfahren zur Beseitigung der unangenehmen Folgezusständе nach Gebrauch der Galvanocaustik bei Hypertrophien der Nase.“ Von Dr. W. Freudenthal in New-York. (New-Yorker Medicin. Monatsschr. Januar 1892.)

F. kann die von Gleitsmann zu genanntem Zwecke empfohlene Trichloressigsäure, welche auf die cauterisirte Stelle aufgeschichtet werden soll (New-Yorker Med. Monatsschr. No. 11. 1891) nicht empfehlen, da eine Herabsetzung des Procentsatzes der den einfachen Cauterisationen in der Nase nachfolgenden Reactionserscheinungen nach seinen Erfahrungen und Untersuchungen durch die angegebene Behandlungsweise nicht zu constatiren war. Beschorner.

Digitized by Google

c) Pharyngo-laryngologische:

Ueber die graphische Darstellung der Kehlkopfbewegungen beim Sprechen und Singen. Ein kurzer Beitrag zur Lehre von der Stimmbildung. Von Dr. C. v. Krzywicki in Königsberg i. P. 1892.

K. hat einen, dem Marey'schen Shpygmographen ähnlichen, von ihm „Laryngograph" genannten Apparat construirt, vermittelst dessen er im Stande ist, das Auf- und Niedersteigen des Kehlkopfs beim Sprechen und Singen (bezw. bei der Athmung) graphisch darzustellen und zu beweisen, daß den m. m. sterno-thyreoidei und thyreo-hyoidei, also jenen Muskeln, welche die Abwärts- und Aufwärtsbewegungen des Kehlkopfes hervorbringen, gleich nach denjenigen, welche die Spannung der Stimmbänder und den Glottisschluß besorgen, die zweitgrößte Wichtigkeit bei der Stimmbildung beizumessen ist, daß also die Tonhöhe abhängt von der Spannung der Stimmbänder, ihrer Länge, der Stärke des Anblasens und dem Kehlkopfstande, und daß diese sämtlichen Factoren sich gegenseitig ergänzen. K. glaubt mit Sicherheit behaupten zu können, daß bei hohen Tönen der Kehlkopf steigt, daß er bei tiefen Tönen fällt. — Den Ausführungen sind eine Anzahl Curven beigegeben, welche das Gesagte in überzeugender Weise illustriren.

Beschorner.

Ueber Kehlkopf-Stricturen. (Strictures of the larynx.) Von J. Solis-Cohen in Philadelphia.

Klinischer Vortrag über diesen Gegenstand mit ausführlicher Schilderung der jetzt üblichen Behandlungsmethoden, sowie Beschreibung und Abbildung der hierzu gebräuchlichen Instrumente.

Beschorner.

Ein sehr unregelmässig gestalteter Fremdkörper im Verdauungstractus, unter „Kartoffelkur" glücklich entleert. (A very irregular foreign body in the alimentary tract safely voided under the „potato" treatment.) Von Dr. J. Solis-Cohen in Philadelphia. (The medical news August 8. 1891).

Ein ziemlich großer sehr complicirt geformter scharfkantiger, kugelförmiger Zahnhaken wurde ca. 48 Stunden nach dem Verschlucken auf natürlichem Wege ausgestoßen.

Beschorner.

Die Symptome und pathologischen Veränderungen in den oberen Luftwegen bei der Influenza. (The symptomes and pathological changes in the upper airpassages in influenza.) Von J. Solis-Cohen in Philadelphia. (New-York medial Journal. March. 26. 1892.)

Autor hält die Symptome der Influenza, so weit sie sich auf die oberen Luftwege beziehen, als: Nießen, Schnupfen, Parosmie, nasale Dyspnoe, Nasenbluten, Halsschmerz, Schlingbeschwerden, Sprachstörungen, Husten, Auswurf (zeitweilig mit Blut gemischt), Stimmstörungen, Aphonie, laryngeale Dyspnoe, Glottiskrampf, — für keineswegs constant und characteristisch, vielmehr für vollkommen abhängig von dem jeweiligen endemischen Character der Krankheit und von dem Kräftezustande, der nervösen Beanlagung und den Blutcirculationsverhältnissen der einzelnen davon befallenen Individuen.

Beschorner.

Digitized by Google

Eine seltene Geschwulstbildung am Halse. (Kiemenganghautauswuchs mit knorpligem Gerüst.) Von Dr. A. Grimm. (Prager Med. Wochenschrift. No. 10 1892).

3jähriger Knabe mit pilzartig von der linken Halsseite, etwa 3 cm über der articulatio sterno-clavic. abstehender, kleinkirsch-großer, $^1/_2$ cm lang gestielter Geschwulst, in welcher man eine zarte Knochenspange fühlt, welche sich noch etwa 1—$1^1/_2$ cm weit unter der Haut nach unten und innen, um den Kopfnicker herum, verfolgen ließ. G. glaubt, daß es sich bei diesem schon in den ersten Lebenstagen an dem Kinde bemerkten, damals jedoch viel kleineren Geschwülstchen um eine durch ungewöhnliche Wachsthumsvorgänge vorzeitig erfolgte Schließung der zweiten Kiemenspalte und eine dadurch entstandene Ausbuchtung und Abschnürung oder Verziehung der epidermoidalen Auskleidung der äußeren Kiemenfurche handelte, wobei ein Theil des ursprünglichen foetalen Knorpels mit in den Proceß einbezogen wurde und durch sein späteres Wachsthum sowie seine Entwickelung die Form angenommen hatte, welche wir an ihm jetzt in der Geschwulst fühlen; oder aber, daß dieser, durch einen abnormen Wachsthumsproceß von seiner Grundlage und Anlage losgelöste Knorpelkern durch seine Entwickelung und durch sein Wachsthum die epidermoidale Auskleidung der äußeren Kiemenfurche vor sich hergeschoben und zu diesem sichtbaren Hautauswuchs ausgebaucht habe. — Die von Chiari vorgenommene Untersuchung des excidirten Geschwülstchens bestätigte, daß sein anatomischer Bau vollkommen mit dem der Kiemenganghautanhänge übereinstimmt. Beschorner.

Epithelioma der Schilddrüse mit pathologisch-anatomischem Befunde. (Epithélioma du corps thyréoide examen anatomo-pathologique) von Dr. A. H. Pilliot. (Bulletin de la société anatomique de Paris u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892. No. 2.)

Das einzig Interessante ist das Verhalten der Herde, in welche interstitielle Einspritzungen von Jodtinctur gemacht worden waren: sie bildeten graue Knoten mit Ueberresten von Blutungen und ohne jedwede Krebsbildung; kein Fieber; die Umgebung dieser Knoten aber war aus lauter Epithelioma gebildet. Dr. P. K.

Cystisches Epithelioma der Schilddrüse. (Epithélioma cystique du corps thyréoide) von Dr. A. H Pilliot (ibidem).

Ein 74jähriger Mann zeigte ein Epithelioma der Thyréoidea, welches von einer Cyste umgeben war und deshalb nur langsam allgemein wurde; hier bildete das Epithelioma nur ein Endstadium wieder aufeinanderfolgender Veränderungen, ebenso wie dieses bei Epithelioma der Leber, der Niere und der Nebenniere vorkommt. Dr. P. K.

Thyréoiditis mit Pneumococcen. (Thyréoidite à pneumocoques) von Dr. Gérard Marchant. (Archives internationaux de laryngologie u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 2.)

Eine 67jährige Frau hatte ihren vom 18. bis 29. Jahre bestehenden Kropf während der climacterischen Jahre verloren. Während einer Pneumonie entstand nun eine Entzündung der Schilddrüse; eine Probepunction ergab durch Cultur in Peptonbouillon und Agar-Agar Pneumococcen, welche mit Erfolg auf Mäuse übergeimpft wurden. Dr. P. K.

Digitized by Google

Verhältniss des einfachen Kropfes zur Basedow'schen Krankheit (Rapports du goître simple avec la maladie de Basedow) von Dr. Brühl. (Gazette des hôpitaux u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 2.)

Eine 60jährige Frau hat ein Struma seit 20 Jahren; seit 2—3 Jahren Basedowsymptome mit starker Dyspnoe. Der Kropf mit seinen Symptomen verschwand unter geeigneter Behandlung; sonst ging die Patientin an Herzcachexie zu Grunde. Verf. glaubt, man hätte sollen unter den gegebenen Verhältnissen die Thyréoidectomie ausführen. Dr. P. K.

Oesophagusfehler, Oesophagotrachealfistel. (Malformation de l'oesophage fistule oesophagotrachiale) von Dr. Grandon. (Bulletin de la société anatomique 1892 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 2.)

Die Section eines neugeborenen Kindes ergab Verschluß des Oesophagus in der Höhe der Cartilago cricoidea; dann folgte ein Strang ohne Communication mit dem Pharynx; eine Einspritzung in das Cardialende des Oesophagus ergab eine Fistel in die Trachea. Dr. P. K.

Oesophagus von einer Nadel durchstochen. Tod durch Eiterinfection. (Oesophage perforé par une épingle. Mort par insertion purulente) von Dr. Dagron. (Bulletin de la société anatomique und annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 2.)

6 Wochen nach dem Unfall spürte Patientin Schmerz und Schüttelfrost; die Eröffnung der sich bildenden Abscesse half nicht. Nach 6 Tagen starb Patientin und die Section ergab eine Stahlnadel, welche den Oesophagus und eine peritracheale Lymphdrüse quer durchstochen hate; letztere war in Eiterung übergegangen. Dr. P. K.

Aprosonie und Kopfschmerz bei den Schülern. (Aprosonie et cephalalgie chez les écoliers) von Dr. Guye. (7. Congress international d'hygiène Londres 1891 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 2.)

Gestützt auf seine früheren Arbeiten über dieses Thema bringt Verf. zwei Krankengeschichten, wo geistig zurückgebliebene Kinder nach der Exstirpation der Mandeln und der adenoiden Vegetationen intelligent wurden. Er stimmt Raulin bei, welcher die Dringlichkeit der Untersuchung der Schüler bei ihrer Aufnahme und während ihrer Studienzeit betont.

Dr. P. K.

Clonische Pharynxkrämpfe: hysterische Aërophagie. (Spasmes cloniques du pharynx; aërophagie hystérique) von Dr. Aouseret. (Revue de médecine und Annales des maladies de l'oreille et du larynx. 1892 No. 2.)

40—60 Pharynxcontractionen in der Minute mit Luftschlucken; Luftaufstossen mit Erleichterung; daß wirklich Luftschlucken vorhanden war, konnte man durch die Auscultation des Oesophagus hören: das Aufstoßen ließ keine Verdauungsgase, sondern ganz einfach Luft constatiren.

Dr. P. K.

Ueber einen Fall von primärer Larynxtuberculose. (Note sur un cas de tuberculose primitive du larynx.) Von Dr. Trekaki. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx. 1892. Nr. 2.)

V. kommt zu folgenden Schlüssen: Die primäre Larynxtuberculose besteht unzweifelhaft; dabei sind natürlich Trachea und Lungen der sehr

Digitized by Google

großen Infectionsgefahr ausgesetzt; dann das Vorhandensein im Larynx eines tuberculosen Tumors auf syphilitischem Boden bei intacten Lungen, also große Schwierigkeit der Diagnose; sogar die histologische Differentialdiagnose zwischen tuberculosem und specifischem Tumor ist schwer. Man soll frühzeitig genug die Tracheotomie ausüben. Dr. P. K.

Diphtherie und Creosot. Preventivbehandlung der Bronchopneumonie bei Tracheotomie. (Diphthérie et créosote. Medication préventive de la bronchopneumonie après la trachéotomie.) Von Dr. Soupault. (Revue des maladies de l'enfance und annales des maladies de l'oreile et du larynx 1892 No. 2).

V. rühmt das Creosot als Preventivbehandlung: man soll es frühzeitig anwenden; die Mischung besteht in Glycerin 500, rhum. 100, creosot. fagi 10, also 0,3 Creosot auf einen Eßlöffel Flüssigkeit, wovon die Kinder 2—6 Eßlöffel per Tag nehmen sollen. Dr. P. K.

Taubendiphtheritis. (Diphthérie du pigeon.) Von Dr. Mégnin. (Société de biologie Séance du Juillet 1891 und annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 2).

Einem Züchter starben alle jungen Tauben an Oesophagusdiphtheritis; die Eltern, beim Ernähren ihrer Jungen, mischten die Samenkörner mit ihrem Speichel, welcher aus kleinen follikelähnlichen Knoten längs des Oesophagus herstammte; diese vermeintlichen Follikel waren, den Diphtheritisbacillus enthaltende, Knoten der Schleimhaut; dabei schienen diese Eltern gesund zu sein. Die Eltern sind also mit den Jungen zu zerstören. Dr. P. K.

Der Soorschwamm. (Le champignon du muguet.) Von Dr. Achalme. (Gazette des hôpitaux und annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 2).

Die Ansichten von Robin und Gubler sind widerlegt. Das practisch Wichtige in der gediegenen Arbeit ist, daß der Schwamm absolut Sauerstoff braucht, daß der Nährboden nicht nothwendigerweise sauer sein muß, daß alcalischer Boden ihm viel günstiger ist, daß er sich besonders bei schlechtem Allgemeinbefinden entwickelt, daß er in jedem menschlichen Organ (sogar den Nieren) vorkommen kann und daß Alcalien zu seiner Zerstörung nicht sollen angewandt werden. Am besten wirken Bromsäure und Sublimat. Dr. P. K.

Vorläufige Bemerkungen über den physiologischen Effect des Saftes der Schilddrüse. (Note préliminaire sur les effets physiologiques de l'extrait de la glande thyréoide.) Von Dr. E. Gley. (Bulletin de la société de biologie Avril 1892 und annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 2).

Bei nicht operirten Thieren wirkt die Einspritzung nicht, während bei Thieren, denen vorher die Schilddrüse exstirpirt wurde, durch eine Injection des genannten Saftes die Folgezustände der Operation (wankender Gang, Muskelcontraction, Polypnoe) gleich verschwanden, um nach 24 Stunden wieder zu entstehen und nach einer abermaligen Einspritzung wieder zu verschwinden. Man darf nicht zu lange mit den Einspritzungen warten und kann man Schilddrüsensaft von anderer Thiergattung nehmen. Dr. P. K.

Digitized by Google

Ueber die Giftigkeit des Urins bei thyréoidectomirten Hunden; Beitrag zur Lehre der Functionen der Schilddrüse. (Sur la toxinité des urines des chiens thyréoidectomisés: contribution à l'étude des fonctions du corps thyréoide). Von Dr. E. Gley. (Bulletin de la société de biologie und annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 2).

Die Giftigkeit fand V. nicht so entwickelt wie Laulancé behauptet. Jedenfalls entsteht selbe nur allmählich und glaubt V., daß sie besonders Folge der durch die Operation gesetzten Magenstörungen ist. V. vergleicht die erzielte Wirkung mit derjenigen, welche man mit Einspritzung mittelst Urin von hungernden Thieren erlangt.

Dr. P. K.

Neue Facta, welche zur Bestimmung der Rolle der Schilddrüse dienen. (Nouveaux faits pouvant servir à la détermination du rôle du corps thyréoide.) Von Dr. Laulancé. (Bulletin de la société de biologie Mai 1891 und annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 2).

V., die Theorie der Folgen der Thyréoidectomie erklärend, verwirft die vasomotorische nebst der haematopatischen Theorie und nimmt die sogenannte secretorische Theorie an; er glaubt an eine Blutvergiftung, welche durch die Injectionen von Urin vor und nach der Operation bewiesen sei. Die Gallenexsorption (die Intestinalwege sind mit Galle überfüllt), die Zerstörung der Leberzellen, die fettige Degeneration der Medullasubstanz der Nieren scheinen V. eine Hauptrolle dabei zu spielen.

Dr. P. K.

Unschädlichkeit der Exstirpation der Schilddrüse und Ursache der schlimmen Folgen der Thyréoidectomie. (Innocuité de l'ablation du corps thyréoide et de la cause des accidents graves de la thyréoidectomie.) Von Dr. Arthaud und Dr. Magori. (Bulletin de la société de biologie Juillet 1991 und annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 2).

Experimente auf 7 Thieren (4 Hunden, 2 Kaninchen, 1 Meerschweinchen) ausgeführt; bei den 4 nach der Operation gestorbenen (3 Hunden, 1 Kaninchen) waren große Zerstörungen an dem in Eiter gebadeten Vagus zu bemerken; bei denen, wo diese Verhältnisse nicht obwalteten, kamen keine Folgen vor; sie leben noch.

Dr. P. K.

Experimente über doppelte Thyréoidectomie. (Expériments de la thyréoidectomie double.) Von Dr. Juniquaud. (Bulletin de la société de biologie Juillet 1891 und annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 2).

11 Hunde wurden operirt; 9 überlebten 4 bis 23 Tage, 2 überlebten 4 bis 18 Monate; die beiden letzten starben ohne die characteristischen Folgen der Operation zu zeigen; die anderen hatten verschiedene im Original genau beschriebene Complicationen.

Dr. P. K.

Folgen der Exstirpation der Schilddrüse. (Effets de l'extirpation du corps thyréoide.) Von Dr. E. Gley. (Bulletin de la société de biologie 1891 Juillet und annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 2).

V. bekämpft die Ansichten der obengenannten Autoren: die Theorie

Digitized by Google

der Mitleidenschaft des Recurrens zu dem Vagus ist schon bestritten und durch frühere Autoren widerlegt worden. Bei den Experimenten von Juniquaud fehlen die Untersuchungen der accessorischen Schilddrüsen.

Dr. P. K.

Ein neues Symptom der Larynxlähmungen. (Sur un nouveau symptôme des paralysies laryngiennes.) Von Dr. Fauvel. (Revue de laryngologie 1892 No. 13).

Auf 50 Beobachtungen gestützt, giebt V. den eigenthümlichen Hauch des Athems bei Larynxparalysen als pathognomisches Zeichen der Krankheit; für den Laryngoscopiker hat es zwar wenig Bedeutung, da derselbe sich des Larynxspiegels mit Erfolg bedient, für den Praktiker aber ist es ein ebenso werthvolles Symptom wie der anthrax, die angina sicca, der herpes praeputialis bei Diabetes mellitus, es sind. Die Ursache der Lähmung ist ohne Einfluß, nur muß letztere schon eine Zeit lang bestanden haben; die anderen so mannigfachen Ursachen des übelriechenden Athems konnten in allen Fällen ausgeschlossen werden. Die Art des Geruches ist schwer zu nenneu, V. nennt ihn „Knoblauchgeruch", man braucht ihn blos einmal gerochen zu haben, um ihn immer zu erkennen; die Kranken riechen ihn nicht. V. sucht die Ursache in dem verhinderten Auswurf der Larynxsecrete. Bacteriologische Untersuchungen fehlen. V. räth 2mal täglich während 5 Minuten Inhalationen von Wasser (500), aqua laurocerasi (5), acid. carbolic. (0,50) oder acid. thymicum (2); innerlich Jodkalium in großen Dosen. Electricität hilft nicht.

Dr. P. K.

Ueber eine neue Syphilisbehandlung und speciell der schweren Nasensyphilis durch combinirte Anwendung des Jodkalium, des Jodnatrium und des Jodammonium. Vorzüge dieser Behandlung und Erklärung der Wirkung. (Sur un nouveau mode de traitement de la syphilis et en particulier de la syphilis grâve des fosses nasales, par l'administration combinée de jodium de potassium, de jodium et d'ammonium. Avantage de ce procédé et explication de son succès.) Von Dr. Darzens. (Société française de laryngologie Mai 1892 u. Revue de laryngologie 1892 No. 13).

Bei manchen Patienten scheidet sich das Jodkalium zu rasch durch den Urin aus; auch Jodnatrium und Jodammonium werden noch rascher durch den Urin ausgeschieden; giebt man nun eine Mischung dieser drei Substanzen, so bleibt das Jodkalium länger im Blut und kann seine Wirkung entfalten. Fälle, wo das Jodkalium unwirksam blieb, heilten durch die Polyjoduretes. Die Formel ist folgende: Jodkalium, Jodnatrium, Jodammonium $\widehat{aa}$ 15,0, Hydrargirum bijodatum 0,05, Aqua 300,0 2mal täglich 2 Eßlöffel. Man kann die Wirkung ganz gut durch die Harnanalyse überwachen; wir sehen ja dieselbe günstige Wirkung bei Anwendung der Polybromurete.

Dr. P. K.

Fall von infectiöser Angina. (Un cas d'angina infectieuse.) Von Dr Ferras. (Revue de laryngologie 1892 No. 13).

Scheinbar leichte Angina, jedoch schweres Allgemeinleiden, Rückenschmerzen, rother Fleckenausschlag, doppelseitige Kniegelenkentzündung,

Digitized by Google

Schwellung der Inguinaldrüsen und des Scrotums, Oedem der Hände, Knöchel und Füße, allgemeine Muskelschmerzen, Endocarditis. Man soll also jede Angina mit antiseptischen Inhalationen und mit Campfernaphtol-Berieselungen, innerlich mit täglich 4 Gramm schwefelsaurem Natron behandeln. Dr. P. K.

Behandlung der Ganglientuberculose durch die sclerogene Methode. (Traitement de la tuberculose ganglionnaire par la méthode sclérogène.) Von Dr. Moncorvo. (Societé de thérapeutique. Juillet 1892 und semaine médicale 1892 Nr. 39).

Bei einem an Larynxtuberculose leidenden 11jährigen Mädchen wurden die von Lannelongue angerathenen Marznikinjectionen in die sehr angeschwollenen Submaxillarlymphdrüsen gemacht; der Allgemeinzustand besserte sich und die Lymphdrüsen nahmen sichtlich ab.

Dr. P. K.

Urticaria des Halses. (Urticaire de la gorge.) Von Dr. Laveran. (Bulletin de la société médicale des hôpitaux und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 2).

Ein 30jähriger der Hauturticaria unterworfener Mann zeigt beim Erwachen Dysphagie, Zischen, Mandeln sehr angeschwollen, Urticaria-Bläschen auf der Zunge und auf der Haut. Schneller und gutartiger Verlauf. Sie tritt oft nach dem Genuß von Muscheln auf.

Dr. P. K.

Angina mit Streptococcen, Eitersenkung hinter Pharynx und Oesophagus. Eintritt in die rechte Pleurahöhle, eitrige Pleuritis, Empyem, Tod. (Angine streptococcique, fusée purulente rétropharyngo-oesophagienne, s'ouvrant dans la plèvre droite, pleurésie purulente, empyem, mort.) Von Dr. V. Hanot. (Bullentin de la société médicale de Paris und Annales des maladies de l'oreille 1892 No. 2)

Eine 19jährige Frau starb in der achten Woche der Erkrankung an den oben genannten Symptomen. Auffallenderweise war der Larynx frei geblieben. Dr. P. K.

Stecknadel im Larynx. (Epingle dans le larynx) von Dr. H. Hooper. (Journal of laryngol. and rhinologie 1891 No. 5 u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 6.)

Eine Stecknadel befand sich im Internum arytaenoideum festgesteckt, während ihr Kopf in den vorderen Commissur oberhalb der Stimmbänder sich befand. Endolaryngeale Extraction, jedoch mit Gewalt. Die nachfolgende Heiserkeit und Schlingbeschwerden schwanden allmählich.

Dr. P. K.

Fremdkörper während 38 Jahren im Larynx. (Retention d'un corps étranger dans le larynx pendant 38 ans) von Dr. Ravenel. (Journal of laryngologie and Rhinologie 1891 No. 5 u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 6.)

Bei einem 7jährigen Kinde war eine Stecknadel in den Larynx gefallen. Nach 38 Jahren wurde sie während eines Hustenstoßes ausgeworfen. Laryngoscopisch konnte man jetzt zwei gegenüberstehende Geschwüre an

Digitized by Google

den hinteren Enden beider Taschenbänder nachweisen. Diese Geschwüre, das Fehlen aller Brustsymptome während 38 Jahren, sowie die während dieser ganzen Zeit fortbestehenden Larynxsymptome lassen darauf schließen, daß die Stecknadel während 38 Jahren an der durch die Geschwüre bezeichneten Stelle festsaß. Dr. P. K.

Tracheotomie wegen Syphilis bei einem Sterbenden. (Trachéotomie chez un mourant à cause de syphilis du larynx) von Dr. Rostoshinsky. (Journal of laryngology and rhinologie 1891 No. 9 u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 6.)

Ein 34jähriger Bauer, seit 3 Jahren syphilitisch, musste wegen plötzlich eintretender Erstickungsgefahr operirt werden. Canüle bleibend. Dr. P. K.

Tuberculose der retropharyngealen Lymphdrüsen. (Tuberculose des ganglions retropharyngiens) von Dr. Sokolow. (Journal of laryng. and rhinol. 1891 No. 5 u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 6.)

Aeußerst selten, Verf. beschreibt 2 Beispiele. Die Krankheit sieht den retropharyngealen Abscessen ähnlich und unterscheidet sich aber von denselben durch tuberculose Anschwellung der Halslymphdrüsen derselben Seite, durch die Persistenz und endlich dadurch, daß nur die Incision und Punction die Geschwulst zu vermindern vermögen. Dr. P. K.

Gaumengeschwulst. (Tumeur du palais) von Dr. Page. (Journal of laryngol. and Rhinol. 1891 No. 2 u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 6.)

Hühnerei großer, in zwei Jahren entstandener harter, nicht ulcerirender zwischen den Arcus sitzender, nach unten nicht begrenzter Tumor. Tracheotomie und Enucleation mit den Fingern. Nach vier Jahren noch kein Recidiv. Adenom mit spitzen Zellen in seinen Zwischenräumen. Dr. P. K.

Sublinguales congenitales Lipom. (Lipôme souslingual congénital) von Dr. Zander. (Journal of laryngol. and rhinol. 1891 No. 6 u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 6.)

Ein 3jähriger Knabe zeigte einen apfelgroßen, den ganzen Mund einnehmenden, vom Mundboden und von der Zunge ausgehenden Tumor. Schleimhaut normal, leicht beweglich. Enucleation und Heilung. Es handelte sich um Fibrolipom. Dr. P. K.

Speiseröhrenkrebs die Aorta durchbohrend. (Cas de Cancer de l'oesophage perforant l'aorte) von Dr. Kholshewniskoff. (Journal of laryngol. and rhinol. 1891 No. 2 u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 6.)

Ein 56jähriger mit Oesophagus-Carcinom behafteter Mann starb plötzlich. 8 Centimeter über der Cardia bestand eine 6 Centimeter lange Verklebung mit der Aorta; hier bestand eine 1 Centimeter große Communication mit der Aorta thoracica. Dr. P. K.

Digitized by Google

Fremdkörper des Oesophagus die Aorta durchbohrend. (Corps étranger de l'oesophage perforant l'aorte) von Dr. Chencinaki. (Journal of laryngol. and rhinol. 1891 No. 3 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 6.)

Verschlucken eines Knochenstückes; verschiedene Anfälle von Blutsturz mit Blutentleerung durch den Darm; der letzte Anfall tödtlich. Der Knochen befand sich an der Theilungsstelle der Trachea; an dieser Stelle gewahrte man zwei Geschwüre, deren eines in die Aorta thoracica mündete. Dr. P. K.

Oesophagus-Diverticulum. (Diverticulum de l'oesophage) von Dr. Chavasse. (Journal of laryngol. and rhinolog. 1891 No. 2 u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 6.)

Ein 49jähriger sehr heruntergekommener Mann, welcher seit mehr als 10 Jahren an Dysphagie litt, unterwarf sich der Gastrotomie. Zwei Jahre später Tod an Pneumonie und Erschöpfung. Im Oesophagus in der Höhe der cartilagines Arytaenoideae ein 4 Zoll tiefes, 3½ Zoll breites und 2½ Zoll dickes Diverticulum, welches 6 Unzen Flüssigkeit enthalten konnte. Die Wände waren so dick, wie die des Oesophagus, Mucosa normal, Fehlen der Muskelschichten. Das letztere bestätigt die Ansicht von Zenker und v. Ziemssen, nämlich, daß diese an der hinteren Oesophagusseite gelegenen Divertikel durch Druck entstehen und nicht angeboren sind. Dr. P. K.

Bösartiger Oesophagus-Tumor mit Perforation der Trachea und der Bronchien. Tod. (Affection maligne de l'oesophage avec perforation de la trachée et des bronches. Mort.) par Dr. Hunter Makenzie. (Journal of laryngol. and rhinolog. 1892 No. 2 u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 6.)

Oesaphagusverengerung. Tod durch Inaanition und Larynxparalyse. Perforation des Oesophagus in den linken Bronchus, etwas höher Perforation in die Trachea. Die Grundkrankheit hatte den schnellen Verlauf von 4½ Monaten. Dr. P. K.

Dilatationsspeculum für die Stimmbänder und Epiglottisaufrichter für endolaryngeale und subglottische Operationen. (Speculum dilatateur des cordes vocales et élevateur de l'épiglotte pour les opérations endolaryngiennes et sousglottiques.) Von Dr. Ignace Dionisio. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 4).

Beschreibung und Illustration des Instrumentes, welches selbst nach den Aussagen des Autors noch Verbesserungen bedarf. Dr. P. K.

Ueber den Productionsmodus der menschlichen Stimme. (Sur le mode de production de la voix humaine.) Von Dr. Imbert. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 5).

Die Functionen der eigentlichen Stimmmuskeln, namentlich der des inneren Bündels des Thyreoarythaenoideeus internums sind noch nicht genau bestimmt. V. sich auf seine früheren Experimente über die Bildung der Knotenpunkte und schmiegenden Membranen stützend, will durch seine neuen Experimente beweisen, daß es besonders der freie Stand der Stimmbänder, also die lockere Larynxmucosa ist, welche den Ton hervorbringt,

Digitized by Google

während der innere Theil des Musculus thyreoarythaenoideus nur eine untergeordnete Rolle spielt. Die dunkel dargestelle Beweisführung überzeugt den Leser nur mittelmäßig von ihrer Richtigkeit.

Dr. P. K.

Exstirpation auf natürlichem Wege der multiplen Larynxpapillome beim Kinde nach einer neuen Methode, nämlich durch die Intubation mit einer gefensterten Röhre. (Extirpation par voie naturelle des papillomes multiples du Larynx chez l'enfant à l'aide d'une nouvelle méthode d'intubation avec un tube fenêtré.) Von Dr. Lichtwitz. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1892 No. 5).

Nach genau gestellter laryngoscopischer Diagnose kann die Methode die Laryngofissur in den meisten Fällen ersetzen. Sie besteht in der Rouchut-O'Dwyer'schen Intubation, nur hat das Röhrchen eine dem Sitze und der Größe der Neubildung entsprechende Oeffnung, durch welche die Neubildung nach dem Einlegen des Röhrchens in das Innere desselben hineinragt; man kann nun unter Leitung des Laryngoscopes mit einem beliebigen Instrumente die so gefaßte Neubildung entfernen. V. hat auf einem $5^1/_2$jährigen Kinde die Methode mit Erfolg erprobt.

Dr. P. K.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle Druckschriften, Archive und Tausch-Exemplare anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Pro-Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen gesetzt honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Berichtigungen.

Durch Unvorsichtigkeit des Setzers sind in der letzten Nummer dieser Monatsschrift eine Reihe von Druckfehlern enthalten, die wir hiermit berichtigen. Es soll heißen:

Seite	322	Zeile	14	von unten	statt:	corticalen: „cervicalen".
„	„	„	4	„ „	„	Blutnase: „Blutstase".
„	323	„	23	„ oben	„	das aber: „die aber".
„	324	„	15	„ „	„	inbesondere: „insbesondere".
„	„	„	17	„ „	„	Sugilat: „Sugillat".
„	„	„	14	„ unten	„	des Halswirbelkörpers: des **5.** Halswirbelkörpers.
„	„	„	13	„ „	„	corespondirte: „correspondirte".
„	325	„	12	„ oben	„	hervorgerufenen: „hervorgerufene".
„	„	„	16	„ unten	„	bestehenden: „bestehender".
„	„	„	15	„ „	„	laryngoscope: „laryngoscopische".
„	„	„	2	„ „	„	Naltenius: „Noltenius".
„	326	„	17	„ „	„	Zumen: „Lacunen".
„	„	„	11	„ „	„	Mandellocalisation: „Mandel localisirten".
„	„	„	3	„ „	„	1891: „1892".
„	327	„	9	„ oben	„	Halz: „Holz".
„	„	„	14	„ „	„	neologische: „motorische".
„	„	„	15	„ „	„	welche letztere Lähmung etc.: „welch letztere sich auch in der Mundhöhle etc.".
„	„	„	23	„ „	„	Centralnervensystens: „Centralnervensystems".
„	„	„	5	„ unten	„	nimmt: „einnimmt".

Digitized by Google

In der letzten Nummer soll es S. 327 in dem Referate von Dr. Lublinski überall statt „Diphterie“ heißen Diphtherie.

In No. 10 dieser Monatsschrift p. 290, erste Zeile von oben soll es heißen statt Hand Haut; — p. 294, 24. Zeile von oben statt Baebel Koebel; — p. 295, 9. Zeile von oben statt Muhulier Mikulicz.

In No. 7 dieser Monatsschrift soll es heißen Sedzcak statt Sendziak.

INHALT.

I. Originalien: Gomperz: Ueber die Entwicklung und den gegenwärtigen Stand der Frage von der Excision des Trommelfelles und der Gehörknöchelchen. — Weil: Ueber Laryngoscopia und Tracheoscopia inferior. — II. Referate und Recensionen: a) Otologische: Bericht über die an der Klinik für Ohrenkranke des Prof. Dr. Joseph Gruber im Jahre 1891 ambulatorisch behandelten Kranken. (Schluss). — Lange: Lässt sich das Microphon zur Construction eines hörverbessernden Apparates mit Vortheil anwenden. — Wolfenstein: Das Cocain bei Behandlung der acuten Ohrenentzündungen. — b) Rhinologische: Freudenthal: Bemerkungen zu dem Artikel des Herrn Gleitsmann: „Ein neues und einfaches Verfahren zur Beseitigung der unangenehmen Folgezustände nach Gebrauch der Galvanocaustik bei Hypertrophien der Nase.“ — c) Pharyngo-laryngologische: Krzywicki: Ueber die graphische Darstellung der Kehlkopfbewegungen beim Sprechen und Singen. — Solis-Cohen: Ueber Kehlkopf-Stricturen. — Ein sehr unregelmässig gestalteter Fremdkörper im Verdauungstractus, unter „Kartoffelkur“ glücklich entleert. — Die Symptome und pathologischen Veränderungen in den oberen Luftwegen bei der Influenza. — Grimm: Seltene Geschwulstbildung am Halse. — Pilliot: Epithelioma der Schilddrüse. — Cystisches Epithelioma der Schilddrüse. — Marchant: Thyréoiditis mit Pneumococcen. — Brühl: Verhältniss des einfachen Kropfes zur Basedowschen Krankheit. — Granden: Oesophagotrachealfistel. — Dagren: Oesophagus von einer Nadel durchstochen. — Guye: Apresenie und Kopfschmerz bei den Schülern. — Aouseret: Clonische Pharynx-Krämpfe. — Trekaki: Fall von primärer Larynxtuberculose. — Soupault: Diphtherie und Creosot. — Megnin: Taubendiphtheritis. — Achalme: Der Soorschwamm. — Gley: Ueber den physiologischen Effect des Saftes der Schilddrüse. — Giftigkeit des Urins bei thyréoidectomirten Hunden. — Laulancé: Neue Facta zur Bestimmung der Rolle der Schilddrüse. — Arthaud und Magori: Unschädlichkeit der Exstirpation der Schilddrüse und Ursache der schlimmen Folgen der Thyréoidectomie. — Juniquaud: Experimente über doppelte Thyréoidectomie. — Gley: Folgen der Exstirpation der Schilddrüse. — Faurel: Ein neues Symptom der Larynx-Lähmungen. — Darzens: Ueber eine neue Syphilisbehandlung und speciell der schweren Nasensyphilis durch combinirte Anwendung des Jodkalium, des Jodnatrium und des Jodammonium. Vorzüge dieser Behandlung und Erklärung der Wirkung. — Ferras: Fall von infectiöser Angina. — Moncorvo: Behandlung der Ganglientuberculose durch die sclerogene Methode. — Laveran: Urticaria des Halses. — Hanot: Angina mit Streptococcen, Eitersenkung hinter Pharynx und Oesophagus. Eintritt in die rechte Pleurahöhle, eitrige Pleuritis, Empyem, Tod. — Hooper: Stecknadel im Larynx. — Ravenel: Fremdkörper während 38 Jahren im Larynx. — Rostoshinski: Tracheotomie wegen Syphilis bei einem Sterbenden. — Sokolow: Tuberculose der retropharyngealen Lymphdrüsen. — Page: Gaumengeschwulst. — Zander: Sublinguales congenitales Lipom. — Kholshewniskoff: Speiseröhrenkrebs die Aorta durchbrechend. — Chencinaki: Fremdkörper des Oesophagus die Aorta durchbohrend. — Cavasse: Oesophagus-Diverticulum. — Hunter-Makenzie: Bösartiger Oesophagustumor mit Perforation der Trachea und der Bronchien. — Dionisio: Dilatationsspeculum für die Stimmbänder und Epiglottisaufrichter für eudolaryngeale und subglottische Operationen. — Imbert: Ueber den Productionsmodus der menschlichen Stimme. — Lichtwitz: Exstirpation auf natürlichem Wege der multiplen Larynxpapillome beim Kinde durch die Intubation mit einer gefensterten Röhre. — Berichtigungen.

Verlag: Expedition der Allgem. Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz).
Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthinerstr. 32.
Druck von Emil Billig, Berlin SW., Lindenstrasse 58.

Digitized by Google

Digitized by Google

UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 07580 3265

Digitized by Google